

Sonja Niemi

**SUHTEELLISEN AUTONOMIAN DISKURSSIT JA PERUSTELUT
PSYKIATRISEN SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN
RYHMÄHAASTATTELUPUHEESSA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2019

TIIVISTELMÄ

NIEMI SONJA: Suhteellisen autonomian diskurssit ja perustelut psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelupuheessa

Pro gradu –tutkielma, 89s., 4 liites.
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön tutkinto-ohjelma
Huhtikuu 2019

Tutkimukseni tehtävänä on tutkia, mitä diskursseja sosiaalityöntekijät tuottavat psykiatrisen potilaan suhteellisesta autonomiasta, ja miten näitä diskursseissa käytettyjä argumentteja vahvistetaan ryhmähaastattelupuheessa tietyillä retorisilla keinoilla. Psykiatrisella potilaalla tarkoitan potilasta, joka on mielenterveyslain (1116/1990) mukaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa joko omasta tahdostaan tai tahdostaan riippumatta. Kiinnostus aiheeseen on syntynyt työskennellessäni itse sosiaalityöntekijänä psykiatrisessa sairaalassa.

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys rakentuu kolmesta erilaisesta itsemääräämisoikeuden näkökulmasta, jotka ovat individualistinen, suhteellinen ja paternalistinen näkökulma. Individualistisessa näkökulmassa korostuu yksilökeskeisyys, omaehtoisuus, itseohjautuvuus sekä itsemääräämiseen liittyvät oikeudet ja vastuut. Paternalistinen näkökulma korostaa ammattilaisten vastuuta hoivaan, kontrolliin ja huolenpitoon niistä, joiden ei katsota olevan terveydentilansa vuoksi kykeneviä tekemään itsemäärääviä valintoja ja päätöksiä. Ajatuksena on, että ammattilaiset tietävät paremmin, mikä on potilaalle parhaaksi. Näiden kahden perinteisen näkökulman rinnalle on noussut ymmärrys suhteellisesta autonomiasta, joka määrittää itsemääräämisoikeuden suhteelliseksi ja suhteissa tapahtuvaksi neuvotteluksi sekä valintojen ja päätösten tekemiseksi. Itsemääräämisoikeuden nähdään muuttavan muotoaan tilanne- ja aihekohtaisesti. Perustan tutkimukseni suhteellisen autonomian käsitteeseen.

Tutkimusaineistoni koostuu psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden kahdesta ryhmähaastattelusta. Yhteen ryhmähaastatteluun osallistui kolme sosiaalityöntekijää kerrallaan. Yhteensä haastateltavia oli kuusi. Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus, ja aineiston analyysimenetelmä on retorinen diskurssianalyysi. Analyysissä keskityn ennalta määriteltyihin retorisiin keinoihin, joilla haastateltavat perustelevat ja vakuuttavat argumenttejaan potilaan itsemääräämisoikeudesta ja suhteellisen autonomian mukaisista toimintatavoista.

Tulkitin sosiaalityöntekijöiden haastattelupuheesta kolme suhteellisen autonomian diskurssia: huolenpidon, riskipuheen ja viimesijaisuuden diskurssi. Huolenpidon diskurssissa suhteellista autonomiaa perusteellaan potilaan edulla ja psyykkisellä huonovointisuudella, riskipuheen diskurssissa taas vahingon tai tilanteen huonontumisen välttämällä, ja viimesijaisuuden diskurssissa vaihtoehdottomuudella, tilanteen pitkittymisellä ja asioiden eteenpäin saamisella.

Aineistossani suhteellisen autonomian mukaisiin toimintatapoihin sisältyy huolenpito, hyvän tekeminen ja vahingon tai tilanteen huonontumisen välttäminen. Suhteellisessa autonomiassa on olennaista oppia tuntemaan potilas. Tuntemus potilaan taustoista, tilanteesta, näkemyksistä tai tahdosta ohjaavat osaltaan sosiaalityöntekijän suhteellisen autonomian mukaisia toiminta- ja ratkaisutapoja potilastyössä. Sosiaalityöntekijöiden mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta rajataan mahdollisimman vähän ja viimeisenä vaihtoehtona. Itsemääräämisoikeuden hetkellisellä rajoittamisella on tarkoituksena suojella ja vahvistaa potilaan autonomiaa toimijuutta ja sen käyttämismahdollisuuksia tulevaisuudessa. Painopiste on siinä, miten poistaa tai ehkäistä sosiaalisten esteiden muodostumista, jotka voivat haitata potilaan autonomiaa tulevaisuudessa.

Avainsanat: psykiatrinen potilas, psykiatrian sosiaalityö, individualistinen itsemääräämisoikeus, suhteellinen autonomia, paternalismi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

NIEMI SONJA: Discourses and reasoning of relational autonomy. A group interview for social workers who work in a psychiatric hospital.

Master's Thesis 89 pages, 4 Appendix pages
University of Tampere
Faculty of Social Sciences
Social work
April 2019

In this study, I examine the discourses that the social workers who work in psychiatric hospital produce concerning the relational autonomy of a psychiatric patient. I also examine how social workers reason and justify these discourses in a rhetorical way. By psychiatric patient, I mean a patient who is treated in a psychiatric hospital that provides involuntary treatment (1116/1990 Finnish Mental Health Act). My interest in this subject arose from working as a social worker in a psychiatric hospital.

The theoretical frame of my study consists of three different dimensions of self-determination. These are the individual, relational and paternalistic approach to self-determination. The individualistic view emphasizes individualism, authenticity, self-direction and the rights and responsibilities included in self-determination. Paternalism, on the other hand, concentrates on the professionals' responsibility to take care of, nurture and control those people who are incapable to decide for themselves or make choices due to their poor mental health. It is considered in paternalism that professionals know better what is best for the patient. Alongside these traditional views has become the concept of relational autonomy which defines self-determination as relative and relational. Self-determination is changing based on the situation and subject on hand. In relational autonomy, it is essential to negotiate with the patient about the choices and decisions and not just to decide for him/her. My master's thesis is based on the concept of relational autonomy.

I have collected the data by group interviewing social workers who work at a psychiatric hospital. In total six social workers took part in this study. My study is qualitative discourse analytic research. The study method is rhetoric discourse analysis. In the analysis I am focusing on how in the rhetorical way participants justify and reason their arguments about the relational autonomy of a psychiatric patient and their own course of action in these situations.

I discovered three relational autonomy discourses from the data: the discourse of care, the discourse of risk talk and the discourse of last-resort. In the discourse of care relational autonomy is argued for the best interest of the patient and the patient's bad psychiatric condition. In the discourse of risk talk relational autonomy is rationalized through avoiding the damage, harm and worsening of patient's situation. In the discourse of last-resort relational autonomy is reasoned by that there is no other alternative way to act, the patients' situation has prolonged and something has to be done to get the situation forward.

Based on my research I can say that the contents of relational autonomy are taking care of the patient, doing good for and benefit the patient and avoiding the harm that can be caused for the patient. In relational autonomy, it is essential to try to learn who the patient is as a person. This knowledge guides social worker's course of action in patient work. The patient's autonomy is limited as little as possible and as a last resort. By limiting patient's autonomy temporary social workers are striving to protect and strengthen the patient's autonomous agency and the possibilities and capacities to use it in the future. The focus is on how to remove or to prevent social barriers from the patient's life that can harm his/her self-determination in the future.

Keywords: psychiatric patient, social work in psychiatry, individualistic self-determination, relational autonomy, paternalism

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	3
2	Tutkimuksen teoreettiset käsitteet.....	6
2.1	Individualistinen näkökulma itsemääräämisoikeuteen.....	6
2.2	Paternalistinen näkökulma itsemääräämisoikeuteen.....	9
2.3	Suhteellinen autonomia	12
3	Itsemääräämisoikeuden tarkastelu psykiatrian sosiaalityön kontekstissa.....	17
3.1	Katsaus lainsäädäntöön	17
3.2	Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus	19
3.3	Sosiaalityö sairaalassa	22
3.4	Tahdosta riippumaton hoito ja sosiaalityö	25
4	Tutkimuksen toteutus.....	28
4.1	Tutkimustehtävä, aineiston keruu ja tutkimuksen eettisyys.....	28
4.2	Retorinen diskurssianalyysi	32
4.3	Analyysin vaiheet.....	38
5	Suhteellisen autonomian diskurssit ja niiden perustelut	42
5.1	Huolenpidon diskurssi.....	42
5.2	Riskipuheen diskurssi.....	51
5.3	Viimesijaisuuden diskurssi.....	59
6	Johtopäätökset.....	67
7	Lähteet.....	79

Taulukot ja liitteet

Taulukko 1. Diskurssit ja suhteellisen autonomian käytön perustelut	69
Taulukko 2. Suhteellisen autonomian sisältö aineistossa	72
Liite 1. Tiedote tutkimuksesta	86
Liite 2. Haastattelun teemat	88
Liite 3. Suostumuslomake	89

1 Johdanto

Pro gradu -tutkielmassani tutkin psykiatrisessa sairaalassa aikuisten potilaiden parissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta. Kiinnostus aihealueeseen on syntynyt työskennellessäni sosiaalityöntekijän sijaisena psykiatrisessa sairaalassa. Käytännön työssä olen pohtinut erityisesti psyykkisesti sairaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja, ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajoittamisen välistä tasapainoilua. Psykiatrisessa sairaalassa olevan potilaan itsemääräämisoikeus on jo itsessään tärkeä aihe, mihin tulee kiinnittää yhteiskunnallista huomiota. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus voidaan nähdä yhteiskunnallisesti ajankohtaiseksi aiheeksi, sillä sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on viime vuosina valmistellut lakiehdotusta uudesta niin sanotusta ”itsemääräämisoikeuslaista”, jonka tarkoituksena on yhdistää nykyinen potilas- ja asiakaslaki, ja lisätä uuteen yhtenäiseen lakiin säännökset itsemääräämisoikeuden tukemisesta. Tavoitteena on itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoitustoimenpiteiden vähentäminen. Uusi laki tulee tarpeen, sillä perusoikeuksia rajoittava aiempi lainsäädäntö on katsottu puutteelliseksi. (STM 2015; 2016; 2018.)

Tarve uuden lain kehittelylle on lähtenyt erinäisistä syistä ja tarpeista, joita muun muassa käytännön potilas- ja asiakastyöstä on noussut esiin. Aika ajoin julkisuudessa käydäänkin keskustelua mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeudesta erilaisista näkökulmista. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköiden toimintakäytännöt ja asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus on aiheuttanut keskustelua (esim. Yle 5.5.2013). Toisaalta esillä on ollut myös näkemyksiä mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeuden rajaamisesta riskienhallinnan turvaamiseksi (esim. Iltalehti 1.2.2019).

Itsemääräämisoikeus on perustavanlaatuinen perus- ja ihmisoikeudellinen lähtökohta, joka takaa jokaiselle mahdollisuuden päättää omasta elämästään. Esimerkiksi mielipiteenmuodostus ja tahdonilmaisu kuuluvat itsemääräämisoikeuteen (Launis 2010, 136). Itsemääräämisoikeuden osiksi voidaan erottaa ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomisuus. Nämä vaativat ihmiseltä erilaisia ominaisuuksia, kuten kykyä asioiden rationaaliseen harkintaan, edellytysten ja seurausten ymmärtämiseen, uuden tiedon vastaanottamiseen ja soveltamiseen, oman toimintansa ohjaamiseen sekä tunteiden säätelyyn. (Launis 2007, 47-48.) Vaikka itsemääräämisoikeuden määritelmiin on erilaisia tulokulmia ja painotuksia, yhteistä niille on kuitenkin ajatus yksilön oikeuksista ja

vapauksista. Toisaalta on myös hyvä huomioda, että oikeuksien ohella itsemääräämisoikeuteen liittyy vastuu: velvollisuus ottaa vastuu tekojensa seuraamuksista (Tornberg 2012, 129-130).

Itsemääräämisoikeutta voidaan pitää välttämättömänä yhteiskunnallisena peruskäsitteenä (Saarenpää 2003, 310). Kun itsemääräämisoikeus liitetään osaksi perus- ja ihmisoikeuksia, se luo perustavanlaatuisen velvoitteen sen kunnioittamiselle. Toisinaan kuitenkin kansalaisten itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Tilanne on sinänsä ristiriitainen, sillä itsemääräämisoikeus ihmisoikeutena ja perusoikeuksina on pohja yksilön ihmisyyden kunnioittamiselle. Siksi esimerkiksi psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimista on täytynyt säätää oma lakinsa (mielenterveyslaki 1116/1990).

Tutkimuksessani olen kiinnostunut psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä niistä potilastyön tilanteista, joissa potilaan itsemääräämisoikeus ei toteudu individualistisen itsemääräämisihanteen mukaisesti, ja sosiaalityöntekijät joutuvat perustelemaan tästä poikkeavaa näkemystään ja toimintaa potilastyössä. Näissä tilanteissa itsemääräämisoikeus ei näyttäydy staattisena tilana, vaan neuvoteltavana, muuttuvana ja käsitteellisesti epämääräisenäkin. Tutkimuksessani tarkoitan itsemääräämisoikeuden muuttuvuudella ja epämääräisyydellä suhteellista autonomiaa, joka kuvastaa yhtäältä itsemääräämisoikeuden tilannekohtaisuutta ja muuttuvuutta, toisaalta sen suhteissa rakentuvaa luonnetta (ks. luku 2.3). Perustan tutkimukseni suhteellisen autonomian käsitteeseen.

Kyseessä on retorisesti painottunut diskurssianalyttinen tutkimus. Aineisto on kerätty yhteensä kuuden sosiaalityöntekijän ryhmähaastatteluina siten, että tein kaksi ryhmähaastattelua, johon osallistui kolme sosiaalityöntekijää kerrallaan. Sosiaalityöntekijät työskentelevät erikoissairaanhoidon piirissä toimivassa psykiatrisessa sairaalassa. Osa potilaista on psykiatrisessa sairaalahoidossa tahdostaan riippumatta.

Tutkimuskysymykseni ovat:

- *Millaisia diskursseja sosiaalityöntekijät tuottavat psykiatrisen potilaan suhteellisesta autonomiasta?*
- *Miten diskursseissa käytettyjä argumentteja vahvistetaan tietyillä retorisilla keinoilla?*

Teoreettisena viitekehyksenä on individualistista, suhteellista ja paternalistista itsemääräämisoikeusnäkökulmaa koskeva aikaisempi tutkimus. Käytän tekstissäni synonyymeinä käsitteitä ”itsemääräämisoikeus”, ”itsemäärääminen” ja ”autonomia” (ks. myös Välimäki 1998, 19). Käsitteen vaihdoksella (itsemääräämisoikeus-autonomia) on tarkoituksena erottaa erilaiset teoreettiset keskustelut ja viitekehykset, vaikka muutoin näen ne sisällöltään toisiaan vastaaviksi.

Sosiaalityöhön viitataan termillä ”psykiatrian sosiaalityö”. Tekstissäni käytän pääsääntöisesti potilas - termiä tutkimuksen kontekstin vuoksi, vaikka alkuperäislähteessä olisikin käytetty termiä asiakas. Tarkastelen tutkimustani länsimaalaisessa kontekstissa, ja siten käsitän myös itsemääräämisoikeuden länsimaalaisten näkemysten mukaisesti. Keskityn itsemääräämisoikeuden nykykeskusteluihin ja nykyiseen itsemääräämisoikeusnäkemykseen.

Oletan, että psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuteen keskittyminen tuo esiin tietynlaisen ristiriitaisen ulottuvuuden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tämä asetelma on otollista retoriikan analyysin käyttöön, koska kyseisessä lähestymistavassa keskitytään argumentoinnin perusteluihin ja vakuuttamisen keinoihin. Tässä työssä tämä tarkoittaa niiden haastattelupuheessa kuvattujen tilanteiden analysoimista, joissa sosiaalityöntekijät perustelevat ja oikeuttavat individualistisen itsemääräämisoikeuden ideaalista poikkeavia argumenttejaan, ja tekevät näistä vakuuttavia. Jos näkemyksissä tai toiminnassa ei olisi ristiriitaa sosiaalityössä pidetyn ideaalin kanssa, ei perusteluille ja siten sosiaalityöntekijän toiminnan oikeuttamiselle olisi myöskään tarvetta.

Tutkimuksessani aihe paikantuu ennen kaikkea osaksi sosiaalityössä käytävää keskusteltua asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Sosiaalityöllä on vahva arvoperusta ja omat ammatilliset eettiset koodistot, joissa käsitellään myös asiakkaan itsemääräämisoikeutta (ks. Talentia 2017). Itsemääräämisoikeus on yksi sosiaalityön ydinarvoista, joten on mielenkiintoista tutkia aihetta psykiatrisen sairaalahoidon kontekstissa. Käsitelmäni mukaan kotimaisessa sosiaalityön tutkimuksessa suhteellinen autonomia ei ole toistaiseksi ollut keskiössä, vaan aihetta on tutkittu enemmänkin kansainvälisesti sosiologiassa ja feministisessä tutkimuksessa. Toteuttamalla tutkimuksella toivon saavuttavani tietoa sosiaalityöntekijöiden käytännön työn tasolla tapahtuvista pohdinnoista potilaan autonomian suhteellisuudesta, ja toisaalta myös siitä, millaiseksi suhteellisen autonomian mukaiset toimintatavat muodostuvat. Toivon tutkimukseni myös tuottavan itselleni lisää ammatillista pääomaa, mikä on aloittelevalle sosiaalityöntekijälle tervetullutta.

Aloitan tutkielmani esittelemällä teoreettiset käsitteet, jonka jälkeen jatkan tutkimuksen taustoihin ja kontekstiin. Neljännessä luvussa käsittelen tutkimuksen toteutusta ja metodologisia lähtökohtia. Aineiston analyysi käsittää tutkimukseni viidennen luvun. Lopuksi esitän tutkimukseni johtopäätökset ja pohdintaani aiheesta. Tutkielman lopussa on lähdeluettelo ja liitteet.

2 Tutkimuksen teoreettiset käsitteet

Nykyajan sosiaalityön käytännöissä korostetaan ihmisoikeuksia, voimavaranäkökulmaa, voimaannuttamista sekä kuntoutumiseen liittyviä näkökulmia. Näiden toteuttaminen voi olla joskus haastavaa mielenterveyspalveluissa tehtävässä sosiaalityössä. Esimerkiksi tahdosta riippumaton hoito ja pakkolääkitys on todettu sosiaalityössä yhteensopimattomiksi itsemääräämisoikeuteen liittyvien arvojen kanssa. (esim. Dewees 2002, 78, 83, 88.) Psykiatrisen sairaalahoidon kontekstissa sosiaalityöllä on siis edessään omanlaiset haasteet potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen. Tässä tutkimuksessa teoreettisena viitekehyksenä toimii kolme erilaista itsemääräämisoikeusnäkökulmaa. Ensimmäisenä esittelen individualistista näkökulmaa, joka on vallitseva ideaali itsemääräämisoikeudesta. Toisena käsittelen paternalismia, johon liittyy ajatus huolenpidosta ja hoivasta potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen kustannuksella. Viimeisenä esittelen suhteellisen autonomian keskeiset perusteet, johon perustan myös tutkimukseni. Kaiken kaikkiaan teoreettinen viitekehys toimii tutkimuksessani näkökulmana, joka ohjaa lähestymistäni tutkimusaiheeseen ja aineiston analyysiin.

2.1 Individualistinen näkökulma itsemääräämisoikeuteen

Itsemääräämisoikeutta voi määritellä monin eri tavoin. Sitä voidaan kuvata esimerkiksi itsestään kontrollissa olemiseksi tai riippumattomuudeksi ulkoisista tekijöistä (Tornberg 2012, 122). Itsemääräämisoikeutta voidaan pitää nimensä mukaisesti oikeutena. Se voi olla oikeutta sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen eli toisin sanoen koskemattomuuteen, sekä oikeutta kompetenssiin ja valtaan määrätä itsestämme (Saarenpää 2003).

Walterin ja Rossin (2014) mukaan individualistisessa autonomianäkökulmassa yksilön päätöksenteossa korostetaan riippumattomuutta ja itseohjautuvuutta. Erityisen tärkeää on vältellä muiden ihmisten, ja ennen kaikkea omien tunteiden, vaikutusta päätöksentekoon. Ihanteena on, että yksilö tekee päätöksensä rationaalisesti perustaen ne omiin uskomuksiin ja preferensseihin, ja nousee siten tunteiden vaikutuksen yläpuolelle. Ammattilaisten rooliksi jää ”faktojen” kertominen siten, että päätöksentekoon puuttumista tai sen suunnan ohjaamista vältellään. Liiallinen turvautuminen päätöksenteossa muiden ihmisten ja ammattilaisten näkemyksiin tai mielipiteisiin nähdään kyseenalaiseksi. (Emt., 16-18, 22, myös Donchin 2001, 367-368.) Tässä näkökulmassa korostuu itsemääräämisoikeuteen liittyvä yksilön tekemien ratkaisujen ja päätösten autenttisuus.

Autenttisuudella tarkoitetaan omaehtoisuutta, eli sitä, että yksilön tekemät ratkaisut perustuvat hänen omiin käsityksiinsä ja haluihinsa, sekä itsenäiseen harkintaan (Pietarinen 1994, 16, 22). Näen individualistisen itsemääräämisoikeusnäkökulman olevan sidoksissa myös vallitsevaan yhteiskunnalliseen ilmapiiiriin. Individualismilla on yhteyksiä muun muassa uusliberalismin kanssa, jossa korostetaan yksilöllisiä valintoja, mutta toisaalta myös vastuuta. Riippuvuus toisista ihmisistä nähdään tilaksi, jota tulisi vältellä. Samalla hyvinvointivaltion sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmän tulkitaan pahimmillaan kahlitsevan yksilöiden autonomiaa tekemällä heistä riippuvaisia tästä järjestelmästä. (Juhila 2006, 65-71, 77-78.) Individualismi perustuu ajatukseen siitä, että asiakkaat ja potilaat ovat ”kuluttajia” (consumerism). Näkökulma korostaa asiakkaiden ja potilaiden oikeuksia ja vastuuta hyvinvointivaltioriippuvuuden sekä ammattilaisten kontrollin sijasta. (Juhila, Raitakari & Hansen Löfstrand 2017, 39-41.)

Individualismissa on keskeistä ”inhimillinen tietoisuus omista tavoitteista ja pyrkimyksistä”. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllä itsellään on tieto siitä, mitä hän osaa, mitä hän haluaa, ja mitä kohti hän pyrkii, eivätkä läheisetkään ihmiset voi olla näistä asioista yhtä perillä, kuin yksilö itse. Siten heidän ei myöskään tule päättää näistä asioista yksilön puolesta. Myös henkisiltä ja fyysisiltä ominaisuuksiltaan heikoimpien yksilöiden oikeutta elää omanlaistansa elämää, tehdä valintoja ja esittää mielipiteitä tulee individualististen näkökulman mukaan kunnioittaa. Individualismissa tunnustetaan kuitenkin ihmisen ”luontainen rajallisuus”, eli tiedon, taitojen ja ominaisuuksien rajallisuus. Siten erehtyminen nähdään luonnolliseksi asiaksi. Erehtyväisyys ei siis ole poissuljettua, vaan olennaista individualismissa on, että yksilö on päätenyt tähän autenttisen päätöksenteon ja valinnan vapauden kautta. Kaiken kaikkiaan keskeistä individualismissa on yksilön ainutlaatuisuus ja valintojen vapaus. (Harisalo & Miettinen 2004, 137-138.) Spickerin (2013, 31-37) mukaan valinnan vapauden lisäksi individualistisessa itsemääräämisoikeudessa on olennaista myös itsensä kehittäminen.

Pietarinen (1994, 25-27) erottelee toisistaan suppean ja laajan itsemääräämisoikeuskäsityksen. Suppealla näkemyksellä tarkoitetaan kompetentin henkilön oikeutta itsemääräämiseen. Laaja itsemääräämisoikeusnäkemys taas käsittää yksilön oikeuden kompetenssiin ja autenttisuuteen, jotka siis ovat itsemääräämisen mahdollistajia. Laaja näkemys tuottaa velvollisuuden edistää yksilön kykyä itsenäiseen ajatteluun, päätöksentekoon ja toimintaan. Itsemääräämisoikeus on moraalisenä perusoikeutena terveydenhuollon ammattilaisille velvoittava, ja esimerkiksi hoitohenkilökunta on velvoitettu ylläpitämään ja kehittämään potilaan valmiuksia itsenäiseen ajatteluun ja toimintaan (Launis 2010, 136; Beauchamp & Childress 2009, 103).

Potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista voidaan tukea erilaisin keinoin, kuten osallistamalla potilasta päätöksentekoon kuulemalla hänen mielipidettään, antamalla informaatiota sekä järjestämällä säännöllisesti neuvotteluita, joissa käydään läpi tehtyjä suunnitelmia (Davitt & Kaye 1996). Terveystieteiden kontekstissa individualistinen itsemääräämisoikeus tarkoittaa ennen kaikkea relevantin tiedon antamista potilaalle, jonka perusteella potilas tekee tietoisin päätöksen tai valinnan omiin arvoihinsa perustuen (Ho 2008, 195). Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia (2017, 12) kuvastaa itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen tarkoittavan sitä, että asiakkaalle kerrotaan olemassa olevista mahdollisuuksista sekä niiden vaikutuksista ja seurauksista, ja täten tarjotaan mahdollisuus valintojen tekemiseen. Käytännössä informaation antamisella ja neuvonnalla voidaan auttaa potilasta tekemään näitä valintoja, mutta tämä tulee tehdä itsemääräämisoikeutta kunnioittaen eli siten, että päätösvalta on viimekädessä potilaalla (Sandman & Munthe 2010, 72-73). Individualistisen näkökulman mukaan heikon kapasiteetin ja kompetenssin omaavien ihmisten autonomiaa ei tulisi kieltää, vaan nimenomaan suojella ja kehittää niitä esimerkiksi voimaannuttamisen (empowerment) kautta (Spicker 2013, 36). Esimerkiksi sosiaalityön keskusteluissa on ollut esillä ajatus ”avuttomaksi auttamisesta”, eli siitä, kuinka asiakkaita tehdään riippuvaisiksi sosiaalityöntekijöistä hoitamalla asioita ja ratkaisemalla ongelmia heidän puolestaan sen sijaan, että keskityttäisiin asiakkaan omien voimavarojen ja taitojen vahvistamiseen (esim. Rostila 2001, 32-33). Joissakin individualistisissa näkemyksissä jopa neuvonta voidaan nähdä yksilön itsemääräämisoikeuteen puuttuvaksi, sillä se ohjailee yksilön päätöksentekoa (Walter & Ross 2014).

Individualistisen itsemääräämisoikeuden määritelmässä on erilaisia tulokulmia, jotka tuovat näkemyksiin painotuseroja. Siinä missä Walter ja Ross (2014) esittävät, että individualistisen itsemääräämisoikeusnäkökulman mukaan yksilön on tärkeää vältellä muiden ihmisten vaikutusta päätöksentekoon, Harisalo ja Miettinen (2004, 137) taas korostavat, että sosiaalisuus on myös osa individualismia, sillä ”ihminen voi yksilöityä vain suhteessa toisiin ihmisiin”, ja on siten sosiaalinen toimija. Heidän mukaansa individualismissa ei ole tarkoitus ajatella, että yksilö selviytyy kaikesta yksin. Individualismissa korostuu kaiken kaikkiaan ajatus siitä, että yksilö on ainutlaatuinen subjekti, jolla on oikeus elää omanlaistansa elämää ja tehdä tähän liittyviä valintoja ja päätöksiä. Tämä on myös sosiaalityössä tärkeä lähtökohta.

Vahvistuvassa individualismin ilmapiirissä on kuitenkin riskinä ”pettävä itseriittoisuus”. Tämä tarkoittaa sitä, että osa ihmisistä voi alkaa korostamaan liikaa omaa autenttisuuttaan, valinnan vapauttaan ja omien ideoidensa erinomaisuutta. Nämä ihmiset ajattelevat, ettei heidän tule ottaa huomioon muita ihmisiä, heidän mielipiteitään tai neuvojaan, vaan päinvastoin, muiden tulisi ottaa mallia heistä. Käytännössä tämä tarkoittaa epärealistista tai hämärtynyttä käsitystä omista kyvyistä ja

mahdollisuuksista, sekä etääntymistä muista ihmisistä. Individualismiin voi liittyä myös niin sanottu ”moraalinen köyhyys”, mikä tarkoittaa sitä, etteivät ihmiset enää huomioi toisiaan, vaan ajavat omia oikeuksiaan velvollisuuksiensa kustannuksella. (Harisalo & Miettinen 2004, 141-143.) Nähdäkseni näiden skenaarioiden taustalla on ajatus yhteiskunnallisesta ilmapiiristä, jossa yksilökeskeisyys ja valinnanvapaus korostuvat liiallisesti. Seuraavassa kappaleessa perehdyn lähtökohdiltaan hyvin toisenlaiseen itsemääräämisoikeusnäkökulmaan eli paternalismiin, jossa on ajatus potilaan suojaamisesta, hoivasta ja huolenpidosta hänen omien valintojensa sijasta. Paternalismia voidaan pitää jopa vastakohtana individualistiselle näkemykselle, sillä paternalismissa lähdetään monesti liikkeelle siitä, mikä muiden ihmisten, eli lähinnä ammattilaisten, näkökulmasta on potilaalle parhaaksi.

2.2 Paternalistinen näkökulma itsemääräämisoikeuteen

Itsemääräämisoikeus voidaan tulkita eettiseksi periaatteeksi. Silloin se on yksi muiden periaatteiden joukossa, eikä se välttämättä aina ylitä muita eettisiä periaatteita. Tällaisia voivat olla esimerkiksi hyödyn maksimoimisen periaate, huolehtimisen tai hoivan periaate sekä elämän arvostamisen periaate. (Pietarinen 1994, 37.) Paternalismi tuo esiin itsemääräämisoikeuden rajoittamisen ulottuvuutta. Paternalismiin liitetään ajatus hyvän tekemisestä (beneficence) sekä vahingon välttämisestä (nonmaleficence) potilaan etua tavoiteltaessa. Hyvän tekemisellä viitataan toimintaan, jonka tarkoituksena on hyödyttää potilasta. Hyvän tekeminen on välittämistä ja humanisuutta. Sen on nähty sisältävän erilaisia moraalisia sääntöjä, kuten potilaan oikeuksien suojeleminen ja puolustaminen, sekä potilaan auttaminen. Vahingon välttämässä korostuu pidättäytyminen toimista, jotka voivat aiheuttaa vahinkoa tai haittaa, tai riskin näille. Vaade vahingon välttämiseen on yleensä velvoittavampaa kuin velvollisuus hyvän tekemiseen, ja siten vahingon välttäminen saattaa joissakin tapauksissa ohittaa tämän. (Beauchamp & Childress 2009, 150-151, 153, 197-199.)

Pelto-Piri, Engström ja Engström (2013) ovat tutkineet psykiatristen potilaiden parissa työskentelevien ammattilaisten näkemyksiä autonomiasta ja eettisyydestä. Tutkimusjoukossa oli muun muassa psykiatreja, sairaanhoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. Tutkimuksen perusteella paternalismiin yhdistettiin kolme merkitystä: potilaan terveyden edistäminen, hyvän hoidon tarjoaminen ja vastuu. Tutkittavat korostivat potilaan parasta ja toimimista potilaan edun mukaan. Esimerkiksi pakkohoidon antamista perusteltiin potilaan parhaalla (Emt. 2013, 4-5). Paternalismia on myös kuvattu suojaamisen periaatteeksi, joka tarkoittaa tilannetta, kun yksilö ei

pysty enää asianmukaisesti käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, ja tehdä omiin valintoihin ja harkintakykyyn perustuvia päätöksiä. Suojaamisen periaatteen piiriin kuuluvat perinteisesti muun muassa lapset, vanhukset, vammaiset ja mielenterveyspotilaat. Suojaaminen voi olla joko etukäteistä tai jälkikäteistä eli toisin sanoen ehkäisevää tai korjaavaa. Ehkäisevää toimintaa voi olla esimerkiksi edunvalvojan määrääminen, ja korjaavaa esimerkiksi oikeustoimen mitätöiminen, minkä henkilö on solminut silloin, kun hän ei tosiasiasa ole ollut sitä kelpoinen tekemään. Suojaamisen periaatteen toteuttamiseksi saatetaan joutua tinkimään itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 11-12, 16, 18, 20.) Siten suojaamisen periaate näyttää ylittävän itsemääräämisoikeuden periaatteen tilanteissa, joissa henkilö ei hahmota riittävästi omaa etuaan eikä ole kykenevä toimimaan tämän mukaisesti tai tekemään tietoisia, harkintakykyyn perustuvia päätöksiä.

Paternalismia on jaettu kirjallisuudessa erilaisiin tasoihin sen rajoittavuuden mukaan. Esimerkiksi Beauchamp ja Childress (2009) tekevät jaon pehmeään ja kovaan paternalismiin. Pehmeässä paternalismissa puututaan ihmisen elämään hyvän tekemisen tai vahingon välttämisen perusteella. Tarkoituksena on suojella niitä, jotka eivät pysty tekemään itsenäisiä päätöksiä. Kova paternalismi sisältää myös nämä samat interventiot, mutta erona on, että kovassa paternalismissa tämä tehdään, vaikka ihmisen valinnat ja toimet on tehty täysin tietoisesti ja asiaan perehtyneesti. Kovassa paternalismissa rajoitetaan saatavilla olevaa tietoa tai muutoin ohitetaan ihmisen tekemät valinnat, kun pehmeässä paternalismissa pyritään heijastamaan ihmisten omia käsityksiä parhaastaan. (Emt., 209-211.) Launiksen (2010, 137) mukaan paternalistiset väliintulot voidaan taas luokitella seuraavasti: väliintulot, joita ei kyetä oikeuttamaan moraalisesti (vahva paternalismi), moraalisen oikeutuksen vaativat väliintulot (heikko paternalismi) sekä väliintulot, jotka eivät tarvitse moraalista oikeutusta (maltillinen paternalismi). Vahvassa paternalismissa puututaan jopa kompetenttien henkilöiden tekemiin päätöksiin, jos heidän hyvinvointiaan pystytään näin edistämään, mikä muistuttaa Beauchampin ja Childressin (2009) näkemystä kovasta paternalismista. Vahva paternalismi on luokiteltu yleensä kiellettyjen toimintatapojen listalle. Heikossa paternalismissa katsotaan oikeutetuksi puuttua henkilön omien etujen vastaiseen toimintaan silloin, kun henkilö on pysyvästi tai tilapäisesti kykenemätön harkintaan. Onkin esitetty, että puuttumisen tulisi rajoittua nimenomaan heikkoon paternalismiin. Kaikkein löyhin, eli maltillinen paternalismi ei tarvitse oikeutusta, sillä se on lähinnä informaation antoa, ohjausta ja neuvontaa. Siinä ei turvauduta pakkokeinoihin, vaan tiedon vapaaehtoiseen vastaanottamiseen. (Launis 2010, 137; myös Launis & Immaisi 1992, 20-21.)

Paternalismissa on siis erilaisia ”tasoja”, ja kuten Beauchamp ja Childress (2009) yllä esittävät myös paternalismissa pyritään heijastamaan ihmisen omia käsityksiä parhaastaan. Tulkitsen kuitenkin, että lähtökohtaisesti paternalistissa toimintatavoissa on taipumus olettaa asiantuntijoilla olevan paras tieto siitä, mikä on potilaan etu ja paras. Henkilökunnan ja potilaan määrittelemä hyvä hoito ei kuitenkaan aina ole yhteneväistä (Peltö-Piri, Engström & Engström 2013, 4). Paternalismista tekee eettisen dilemman se, että siinä pahimmillaan ohitetaan potilaan oma tahto, minkä vuoksi paternalististen käytäntöjen toteuttaminen vaatii eettistä pohdintaa (Christensen 1997, 8; Sasson 2000). Toisaalta joidenkin näkemysten mukaan paternalismiin on sisällytettävissä myös jaetun päätöksenteon elementtejä, mikä voi tosin osoittautua keinotekoiseksi, koska lopullinen päätösvalta pysyy kuitenkin työntekijällä (Sandman & Munthe 2010, 69-72).

Voimaannuttamisen ja itsemääräämisen eetokseen perustuvassa sosiaalityössä hyvän tekemiseenkin perustuvat interventiot voivat vaikuttaa liian kontrolloivilta tai pakottavilta (Murdach 1996, 26). Sosiaalityötä koskevassa tutkimuksessa onkin osoitettu kielteisiä näkemyksiä paternalismista (esim. Mendenhall 2004). Toisaalta Wun ja kumppaneiden (2013) tutkimuksessa enemmistö sosiaalityöntekijöistä toi esiin paternalistista näkökulmaa tahdosta riippumattomasta hoidosta, ja näkivät sen potilaan etua tai hyvää ajavana. Sasson (2000, 7) toteaaakin, että vaikka sosiaalityössä ollaan paternalismia vastaan, samalla joudutaan myös hyväksymään se, että paternalistinen lähestymistapa on usein tarpeen. Tämä tulee erityisesti vastaan tilanteissa, joissa punnitaan potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja toisaalta taas tahdonvastaisia, itsemääräämisoikeutta rajaavia toimia, joiden kuitenkin katsotaan oleva potilaan etu. Esimerkiksi sosiaalityöntekijä toimii paternalistisesti järjestäessään vanhukselle asumispalvelupaikkaa vastoin tämän tahtoa, vaikka sosiaalityöntekijä olisikin arvioinut vanhuksen olevan kykenemätön pitämään itsestään huolta (Abramson 1981, 36).

Perehdyttyäni paternalismia koskevaan kirjallisuuteen voisin todeta, että näkemykset paternalismista vaikuttavat kaksijakoisilta. Yhtäältä se tulkitaan hoivana ja huolenpitona, joka on tärkeä osa niiden ihmisten suojelemista, jotka eivät alentuneen kompetenssin vuoksi pysty hahmottamaan omaa etuaan tai päättämään asioistaan. Toisaalta sitä lähestytään ajoittaisena ”välttämättömänä pahana”, joka on lähinnä yksilöiden holhoamista ja täten itsemääräämisoikeutta loukkaavaa, eikä sovi individualismia korostavaan nykyaajatteluun tai sosiaalityöhön. Specker Sullivan ja Niker (2018) ovatkin nostaneet maternalismin käsitteen paternalismin rinnalle, jossa on nähdäkseni samankaltaisuutta suhteellisen autonomian kaltaisen ajattelutavan kanssa (tarkemmin luvussa 2.3). Maternalismilla ei ole tarkoitus korostaa sen kielellistä merkitystä, eli feminiinisyyttä, vaan sillä tarkoitetaan toimimista ihmisen edun mukaisesti tavalla, joka ottaa nimenomaan huomioon ihmisen autonomisen toimijuuden. Täten se

eroaa kirjoittajien mukaan niin sanotusta ”perusmuotoisesta” paternalistisesta hyvän tekemisestä. Olennaista maternalismissa on ihmissuhteen ja luottamuksen luominen sekä toisen tunteminen, mitkä ovat apuna ja ohjaavat ammattilaisten toimintaa itsemääräämisoikeuteen puuttumiseen liittyvissä tilanteissa. Maternalismin käsitteellä on haluttu tuoda esiin, että interventio voi tapahtua myös siten, että samalla tuetaan yksilön kapasiteettia autonomiseen toimijuuteen. Tässä tutkimuksessa esitän vaihtoehdoksi suhteellisen autonomian käsitteen, joka kattaa kaikki itsemääräämisoikeuden muodot.

2.3 Suhteellinen autonomia

Itsemääräämisoikeuden jakaminen dikotomisesti individualismiin ja paternalismiin on perinteinen tapa ymmärtää yksilön itsemääräämisoikeutta. Monirakenteisia prosesseja, kuten itsemääräämisoikeutta, on kuitenkin haastavaa tulkita joko - tai -luokittelulla. On kapeakatseista ajatella, että itsemääräämisoikeutta käytetään joko täysin itsenäisesti, tai sitä ei voida käyttää lainkaan itsenäisesti. Itsemääräämisoikeutta pohdittaessa tulisi huomioida, että ihmiset elävät ja toimivat erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa ja sosiaalisten suhteiden verkostoissa. Burkitt (2016) painottaa tämän vuoksi toimijuuden suhteellista, sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen paikantuvaa luonnetta sen sijaan, että yksilöt olisivat irrallaan muista olevia ”yksittäisiä toimijoita”. Siksi hänen mukaansa yksilön toimintaa ei voida jakaa selkeästi täysin itsenäiseksi tai muista riippuvaiseksi, vaan se on jotakin näiden väliltä. Feministisestä tutkimusperinteestä alun perin esiin noussut suhteellisen autonomian käsite yhdistää individualistisen ja paternalistisen näkökulman siten, että se nimensä mukaisesti käsittää itsemääräämisoikeuden suhteelliseksi ja suhteissa muodostuvaksi, ja täten itsemääräämisoikeus voi sisältää tilanne- ja aihekohtaisesti sekä individualistisia että paternalismia muistuttavia piirteitä.

Suhteellisessa autonomiassa on keskeistä tunteiden roolin tunnustaminen ja hyväksyminen osana päätöksentekoa, sekä ihmisen ymmärtäminen osana sosiaalista kontekstia. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että muiden ihmisten vaikutus yksilön päätöksentekoon on odotettua, koska ihminen on osa sosiaalista kontekstiaan. Suhteellisen autonomian näkökulman mukaan ammattilaisilla on moraalinen velvoite auttaa yksilöä päätöksenteossaan ohjauksella ja neuvonnalla, sekä huomioida yksilön emotionaaliset tarpeet ja reaktiot päätöksentekotilanteessa. (Walter & Ross 2014, 16, 21-22.) Joidenkin näkemysten mukaan uhkaa potilaan autonomialle luo nimenomaan se, jos ammattilaiset eivät puutu tilanteeseen, vaikka huomaavat, ettei potilas pysty asianmukaiseen harkintaan ja päätöksentekoon (Heidenreich ym. 2017, 474). Ihmisiä ei tulisi nähdä vain riippuviksi tai

riippumattomiksi, vaan tunnustaa se, että me kaikki tarvitsemme jollakin tapaa tai joissakin elämäntilanteissa huolenpitoa ja tukea muilta ihmisiltä (Juhila 2006, 199). Tässä valossa täydellisesti itsenäisen, individualistisen itsemääräämisoikeuden saavuttaminen on mahdotonta.

McLeod ja Sherwin (2000) näkevät sosiaalisen ympäristön liittyvän vahvasti suhteelliseen autonomiaan sekä autonomian harjoittamisen että siihen liittyvän kompetenssin osalta. Sosiaalinen konteksti vaikuttaa autonomian harjoittamisen mahdollisuuksiin sekä siihen, millaisia autonomian harjoittamiseen tarvittavia kykyjä yksilö on pystynyt kehittämään. Itseluottamus on yksi autonomian harjoittamisen kannalta tärkeä piirre, sillä yksilön täytyy luottaa kykyynsä tehdä valinta, kykyyn toimia päätöksensä mukaisesti sekä luottaa tekemäänsä arvioon. Ympäristön antamalla tuella on taas vaikutus itseluottamukseen ja sen rakentumiseen. Myös sorto (oppression) vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin itsemääräämisoikeuden harjoittamisessa, jonka vuoksi myös yhteiskunta nähdään tässä osallisena. Siten terveydenhuollon ammattilaisten tulee kyseessä olevan sairauden hoitamisen lisäksi parantaa potilaan autonomian mahdollista matalaa toteutumistasoa auttamalla potilasta rakentamaan parempaa itseluottamusta. (Emt. 259-260, 264-265, 273.)

Jo Vuonna 1975 McDermott pohti itsemääräämisoikeuden suhteellisuutta sosiaalityössä. Hän muun muassa näki, että nykyaikana itsemääräämisoikeuden individualistisen näkökulman omaksuminen sosiaalityön ainoaksi periaatteeksi jättäisi sosiaalityöntekijät voimattomiksi asiakkaiden ongelmien sivustakatselijoiksi, koska tämän näkemyksen mukaan mikä tahansa vaikuttamisen muoto mitä sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisestä kontaktista muodostuu, vähentäisi asiakkaan itsemääräämisoikeuden laajuutta. McDermott piti tätä näkökulmaa liian yksioikoisena. Esimerkiksi yksilön auttaminen näkemään tilanne uudessa valossa ei välttämättä tarkoita tämän oman mielipiteen ohittamista tai muiden mielipiteiden ”tuputtamista”, vaan ihmisten aiheuttamat vaikutukset yksilöön auttavat häntä saavuttamaan tavoitteitaan paremmin. (Emt., 11-12.) Myös suhteellisessa autonomiassa tasapainoillaan potilaan näkemysten ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamisen sekä ammattilaisten näkemysten ja hyvän tekemisen periaatteen välillä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sellaiset, joissa potilaalla on alentunut kompetenssi päätöksentekoon, tai hän on muutoin kykenemätön antamaan selkeää vastausta omasta tahdostaan sekä tilanteet, joissa henkilökunta joutuu käyttämään pakkokeinoja potilaan hyvän saavuttamiseksi. (Heidenreich ym. 2017, 469-472.)

Suhteellista autonomiaa käsittelevässä kirjallisuudessa on tulkintani mukaan eroteltavissa kaksi määritelmää. Yhtäältä suhteellinen autonomia käsitetään kirjaimellisesti sosiaalisissa suhteissa tapahtuvaksi, ja toisaalta taas suhteutetuksi, tilanteisesti muuttuvaksi. Näen, että suhteellinen

autonomia kuvastaa kokonaisuudessaan kaikkea itsemääräämisoikeutta: itsemääräämisoikeuden rajaamista ja kunnioittamista, sekä paternalistista ja individualistista näkökulmaa ja niiden välimuotoja. Olennaista on ymmärtää, että suhteellisen autonomian näkökulmassa kumpikaan näistä ei ole pysyviä asiantiloja. Tutkimuksessani ymmärrän suhteellisen autonomian tilanne- ja yksilökohtaisesti vaihtuvaksi itsemääräämisoikeuden muodoksi, josta neuvotellaan eri osapuolten kesken. Se liikkuu tilanne- ja aihekohtaisesti potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen välillä, mutta ei ole kuitenkaan pysyvänä asiantilana kumpaakaan näistä. Suhteelliseen autonomiaan liittyy myös pyrkimys vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä kapasiteettia itsemääräämisoikeuden harjoittamiseksi, sekä suhteen luominen ammattilaisen ja potilaan välille. Tätä voidaan kuvata esimerkiksi ”vastuulliseksi suhteeksi heikossa asemassa olevan ihmisen kanssa” (The responsible relationship with a vulnerable person), johon sisältyy potilaan arvokkuuden ja koskemattomuuden huomioiminen ja suojaaminen, sekä potilaan psykososiaalinen kontekstin ymmärtäminen. (Heidenreich ym. 2017, 470-473.) Suhteelliseen autonomiaan liittyvässä ajatuksessa työntekijä-potilassuhteen luomisesta ja potilaaseen tutustumisesta on samankaltaisuutta muun muassa Specker Sullivanin ja Nikerin (2018) esiin nostaman maternalismin käsitteen kanssa.

Oletan, että individualistinen itsemääräämisoikeusnäkökulma on sosiaalityöntekijöiden haastattelupuheessa ideaali, jota tulisi pyrkiä toteuttamaan. Psykiatrisessa sairaalassa individualistisen näkökulman mukainen itsemääräämisoikeus ei välttämättä toteudu, vaan autonomia voi olla jollakin tapaa ”vajaata” tai epäselvää. Suhteellisen autonomian käsite ohjaa minua keskittymään aineistossa niihin puhetapoihin, joissa sosiaalityöntekijät havainnollistavat itsemääräämisoikeuden toteutumisen moninaisuutta ja tilannekohtaisuutta, ja näkevät tarvetta perustella näkemyksiään tai toimintatapojaan ristiriitaisissa asiakastilanteissa.

Yhteenveto

Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisella on monien tutkijoiden mukaan omat ehtonsa. Se linkittyy esimerkiksi kysymykseen siitä, missä määrin yksilö pystyy perustamaan toimintaansa omalle harkinnalle ja ymmärrykselle (esim. Launis & Immaisi 1992, 19-20). Autonomiaan liittyy siis kompetenssi, jolla tarkoitetaan kykyä suoriutua toiminnoista (Beauchamp & Childress 2009, 113). Ihmisen kykyjen osa-alueiksi voidaan eritellä kognitiiviset kyvyt, sensoris-prespetiiviset eli aistimukselliset toiminnot, emotionaaliset kyvyt, sosiaaliset kyvyt, fysiologia ja motoriikka, volitionaaliset eli itsekontrolliin liittyvät kyvyt sekä moraalin. Näillä kyvyillä ihminen voi täyttää tarpeitaan, joista itsemäärääminen on yksi. (Riihinen 2002, 182-199.)

Kompetenssiin kuuluu siis kykyjä, jotka voidaan tulkita esimerkiksi yllä olevan Riihisen (2002) jaottelun mukaisesti. Käsitteenä kompetenssi tarkoittaa itsensä ohjaamista, eli ajattelun, tahdon ja toiminnan ohjaamista. Tähän vaaditaan muun muassa kykyä muodostaa suhteellisen johdonmukaisia käsityksiä itsestä ja ympäristöstä, kykyä perustella näkemyksiään, kykyä omaksua ja käsitellä tietoa, sekä pystyä päättämään ja harkitsemaan asioita. Kompetenssia ei tule arvioida yksilön ratkaisujen ”oikeellisuuden” mukaan, vaan oleellista on, että yksilö tekee päätöksiä omien käsitystensä ja arvojensa mukaisesti. Ratkaisujen ja päätöksien ei siis tarvitse olla niin sanotusti normatiivisia, vaan olennaista on niiden autenttisuus sekä se, ettei yksilön ajattelu- ja päätöksentekoprosessissa ole häiriöitä. Toisaalta individualistisen itsemääräämisoikeuden periaatteen mukaisesti lähtökohtana on, että kompetenssin ”kynnystä” ei aseteta kovin korkealle, ja yksilön itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan mahdollisimman pitkälle, kunhan siitä ei ole selvästi muille haittaa. (Pietarinen 1994, 17-19, 39.)

On siis tulkittavissa, että individualistisessa näkemyksessä itsemääräämisoikeuden käyttämiseksi ei tule vaatia täydellistä kompetenssia, vaan yksilön tulee saada päättää omista asioistaan niin pitkälle kuin mahdollista, vaikka kompetenssi olisikin jonkinasteisesti madaltunut itsemääräämisoikeuden harjoittamisen näkökulmasta. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa on myös tärkeä huomioida, että ihmisellä on oikeus tehdä epäviisaita päätöksiä ja valintoja. Tämä oikeus saattaa kuitenkin tulla kyseenalaiseksi joissakin tilanteissa, kuten ihmisen oikeus päättää oma elämänsä. Selkeää vastausta näihin kysymyksiin ei ole. Voidaan kuitenkin sanoa, että olennaista itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa on ihmisen kyky harkintaan ja seurauksien arviointiin. (Launis 2007, 49, 58-65.)

Nähdäkseni kaikkien tässä luvussa esittelemieni itsemääräämisoikeuden lähestymistapojen kohdalla on lopulta paljolti kyse siitä, millainen yksilön kompetenssi ja kyvyt ovat itsemääräämisoikeuden toteuttamiseksi. Tulkitsen, että sekä individualistisessa että paternalistisessa itsemääräämisoikeusnäkökulmassa tunnistetaan ainakin jollakin tasolla itsemääräämisoikeuden suhteellisuus. Individualistisessa näkökulmassa itsemääräämisoikeutta korostetaan mahdollisimman pitkälle, vaikka ihmisen päätöksentekokapasiteetti olisikin hieman alentunut. Sitä vastoin paternalistisessa ajattelutavassa itsemääräämisoikeuteen puututaan matalammalla kynnyksellä, sillä tässä näkökulmassa vallitsee ajatus hyvän tekemisestä ja vahingon välttämisestä, vaikka se ohittaisikin yksilön oman näkemyksen ja tahdon. Näiden perinteisten näkökulmien rinnalle olen halunnut tuoda suhteellisen autonomian käsitteen, johon myös perustan tutkimukseni. Suhteellisessa autonomiassa ei määritellä itsemääräämisoikeutta tietyntylaiseksi, vaan se on suhteellista ja tilanteittain muuttuvaa. Se voi siis sisältää itsemääräämisoikeuden ehdottoman kunnioittamisen lisäksi myös itsemääräämisoikeuden rajaamista. Lisäksi suhteellisessa autonomiassa on olennaista huomioida

yksilö psykososiaalisessa kontekstissaan. Suhteellinen autonomia eroaa paternalistisesta hyvän tekemisestä siinä, että suhteellisessa autonomiassa toiminta perustuu nimenomaan työntekijän ja potilaan välisen suhteeseen ja jakamiseen (sharing). Paternalistiset käytännöt tekevät potilaista riippuvaisia työntekijöistä, kun suhteellisen autonomian mukaisten toimintatapojen tarkoitus on taas kehittää potilaan kapasiteettia huolehtia itsestään. (Donchin 2001, 378-381.)

Päätin käsitellä tutkimukseni teoreettisia käsitteitä ja viitekehystä ennen, kuin kuvaan tutkimuksen käytännön toteuttamisen kontekstia. Päädyin tähän ratkaisuun siksi, koska itsemääräämisoikeuden eri näkökulmat ovat olennaisia koko työni kannalta, ja siten ohjaavat lukijaa orientoitumaan itsemääräämisoikeuteen ja erityisesti suhteellisen autonomian näkökulmaan, jota käytän tutkimuksessani jatkossa. Seuraavassa luvussa käsittelen tutkimukseni kontekstia, itsemääräämisoikeutta käsittelevää lainsäädäntöä ja siitä käytävää keskustelua psykiatrisen potilaan kohdalla.

3 Itsemääräämisoikeuden tarkastelu psykiatrian sosiaalityön kontekstissa

Ennen siirtymistä työni kontekstin käsittelyyn tarkennan hieman, mitä termejä työssäni käytän. Tässä tekstissä tarkoitan psykiatrisella potilaalla psykiatrisessa sairaalahoidossa olevaa potilasta (kts. mielenterveyslaki 1116/1990, 22a§). Joidenkin näkemysten mukaan termeissä ”tahdosta riippumaton hoito” ja ”vastentahtoinen hoito” on merkitys- ja painotuseroja (Laitinen 1996, 1). Käytän itse terminä tahdosta riippumatonta hoitoa, sillä sitä käytetään myös mielenterveyslaissa (1116/1990). Tässä työssä autonomia, itsemääräämisoikeus ja itsemäärääminen ovat sisällöltään samaa tarkoittavia käsitteitä. Sosiaalityöstä käytän nimitystä ”psykiatrian sosiaalityö”. Pohdin myös psykiatrisen sairaalan sosiaalityö -nimikkeen käyttämistä, mutta se on mielestäni liian pitkä. Silvennoinen (2011) käyttää tutkielmassaan nimikettä psykiatrisen sosiaalityö, jolla hän tarkoittaa psykiatrista hoitoa tarjoavassa sairaalassa tai psykiatrisessa avohoidossa (poliklinikalla) toteutettavaa sosiaalityötä. En halunnut käyttää tätä nimikettä, koska tällä on tarkoitettu myös avohoidossa tapahtuvaa polikliinista työskentelyä. Tarkoitukseni ei ole eristää psykiatrisella osastolla tehtävää sosiaalityötä muusta mielenterveystyön kentillä tehtävästä sosiaalityöstä, vaan tarkoitukseni on käyttää ytimekästä nimikettä, joka kuitenkin kuvastaa työn kontekstista, eli sairaalan osastoa.

3.1 Katsaus lainsäädäntöön

Kun itsemääräämisoikeus ymmärretään perus- ja ihmisoikeudeksi, on se silloin historiallisesti sidoksissa näiden oikeuksien kehityksen eri vaiheisiin. Ihmisoikeuksien kehitykseen Euroopassa ovat vaikuttaneet maailmansodat sekä näiden jälkeen perustettu yhdistyneet kansakunnat (YK). YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus (1948) loi pohjaa nykyajan ihmisoikeusajattelulle. (Tornberg 2012, 37-38.) Toinen ihmisoikeuksien näkökulmasta keskeinen sopimus on vuonna 1966 luotu taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (6/1976). Perusoikeuksien asemaa ovat taas olleet luomassa ja kehittämässä muun muassa Maastrichtissä, Amsterdamissa, Nizzassa ja Lissabonissa tehdyt Euroopan unionin perusoikeussopimukset (ks. tarkemmin Ojanen 2002 & Toivanen 2008). Nämä kaikki ovat osaltaan vaikuttaneet itsemääräämisoikeuden aseman muotoutumiseen länsimaaisessa kontekstissa. Tornberg (2012, 197, 225) toteaa, ettei itsemääräämisoikeus sisälly Suomessa käsitteenä perusoikeuksia koskevaan lukuun (Suomen perustuslaki 731/1999, luku 2). Se kuitenkin ilmenee eri perusoikeuksien

kautta, kuten esimerkiksi liikkumisvapautena (9§) ja sananvapautena (13§). Samankaltaisia oikeuksia luettelaa myös Euroopan ihmisoikeussopimuksessa (63/1999). Tornbergin (2012, 238) mukaan perustan itsemääräämisoikeudelle antaa perustuslain 1 § 2 momentti, jonka mukaan ”valtiosäätö turvaa ihmisoikeuksien loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet”. Itsemääräämisoikeutta käsittelevässä kirjallisuudessa itsemäärääminen sisällytetäänkin usein osaksi ihmis- tai perusoikeuksia, vaikka näiden oikeuksien luonnehdinnoissa ei olisikaan suoraa mainintaa itsemääräämisoikeudesta tällä nimenomaisella termillä.

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vasta vuonna 1993 (785/1992). Potilaan oikeudet puhuttivat jo ennen niin sanotun potilaslain säätämistä, ja vaikuttamassa oli esimerkiksi 1970-luvulla perustettu Suomen Potilasliitto ry. Potilaslain säätämisen jälkeen perustettiin nykypäivänäkin toiminnassa oleva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, jonka tarkoituksena on edistää muun muassa potilaan ja asiakkaan perusoikeuksia, ihmisarvoa ja itsemääräämistä sekä hyvää kohtelua (ETENE, 2017). Potilaan oikeudet ja niiden toteutuminen nähdään siis edunvalvontaa vaativaksi asiaksi.

Tarkemmin potilaan itsemääräämisoikeudesta säädetään erilaisissa laeissa. Potilaslaissa itsemääräämisoikeutta käsittelevässä pykälässä (6§) säädetään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Samassa pykälässä kuitenkin todetaan, että tämä ei ole aina mahdollista esimerkiksi potilaan mielenterveydenhäiriön vuoksi. Kaikkein tärkeimpänä on kuitenkin potilaan henkilökohtainen etu. Sosiaalihuollon osalta asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säättää laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, 8-9§), jossa korostuu potilaslakia vastaavasti asiakkaan toivomusten, mielipiteiden ja tahdon huomioiminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tarkemmin nimenomaan psykiatrisen potilaan hoidosta ja tähän liittyvistä prosesseista säädetään mielenterveyslaissa (1116/1990). Mahdollista hoidon aikaista perusoikeuksien rajoittamista käsitellään mielenterveyslain luvussa 4 a, joka on laadittu vuonna 2001 (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001). Lähtökohtana on, että potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia rajoitetaan mahdollisimman vähän (22a §). Mielenterveyslain (4 a luku) mukaan itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimet tulee suorittaa turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen, ja niihin liittyy erilaisia aikarajoja ja selontekovelvollisuuksia sekä dokumentointia potilasasiakirjoihin.

2010-luvulla sosiaali- ja terveysministeriö on yrittänyt laatia uutta niin sanottua itsemääräämisoikeuslakia (HE 108/2014), jonka tavoitteena on sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja rajoitustoimenpiteiden vähentäminen. Tarkoituksena on

yhdistää nykyinen potilas- ja asiakaslaki siten, että yhtenäiseen lakiin lisätään säännökset itsemääräämisoikeuden tukemisesta. Perusoikeuksia rajoittava lainsäädäntö on katsottu puutteelliseksi, eikä se vastaa perustuslain ja kansainvälisten sopimusten vaatimuksia. Lakiehdotus raukesi vuonna 2015, mutta lain uudelleenvalmistelu aloitettiin syksyllä 2016, ja työryhmä asetettiin vuonna 2017. Uuden lakiluonnoksen potilaslain ja sosiaalihuollon asiakaslain yhdistävästä laista piti olla hallituksen käsittelyssä syksyllä 2018, mutta STM:n verkkosivujen mukaan lakiesitys on päätetty poistaa hallituksen esityslistalta. Alkuperäisenä tavoitteena on ollut saada asiaan päätös tällä hallituskaudella. Uuteen lakiin sisältyisivät ”säännökset asiakkaan ja potilaan päätöksenteon tukemisesta, hoitotahdon tekemisestä sekä itsemääräämiskyvyn arvioinnista ja itsemääräämisoikeuden turvaamisesta arvioinnin, päätöksenteon ja yksilöllisen suunnitelman avulla”. (STM 2015; 2016; 2018.) Maaliskuussa 2019 löysin STM:n verkkosivuilta viimeisimpänä päivityksenä (11.10.2018) tiedon siitä, ettei uusi potilas- ja asiakaslaki ole ehtinyt eduskuntaan tällä hallituskaudella. STM:n verkkosivuilla todetaan, että lausuntopalautteen perusteella lakiluonnokseen on tullut paljon muutostarpeita. Lain valmistuminen lykkääntyy siis edelleen.

Yllä esittelemäni lainsäädännölliset lähtökohdat korostavat potilaan oikeutta hyvään, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan hoitoon. On tärkeä huomioida, että potilaalla on oikeuksia tahdosta riippumattomassa hoidossakin, kuten oikeus perushuolenpitoon ja hyvään hoitoon (Laitinen 1996, 162). Toisaalta taas mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden sille, että potilaan oikeutta itsemääräämiseen sekä koskemattomuuteen voidaan tarvittaessa rajoittaa. Seuraavaksi esittelen tutkimusta nimenomaan psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden sisällöstä ja toteutumisesta.

3.2 Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus

Välimäki (1998, 88-89) on tutkinut psykiatrinen potilaiden sekä sairaanhoitajien näkemyksiä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta. Tutkimuksensa perusteella hän jakoi itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen liittyvät tekijät *ulkoisiin tekijöihin* sekä potilaasta johtuviin *sisäisiin tekijöihin*. Sisäisiin tekijöihin lukeutuvat potilaan kyvyt, näkemys itsemääräämisoikeuden tärkeydestä ja halu sen harjoittamiseen, kontrollin tunne ja harkintakyky. Ulkoisiksi tekijöiksi Välimäki määritteli hoitohenkilökunnalta saadun tuen, ympäristötekijät sekä lainsäädännön. Ollessaan parhaimmillaan, nämä tekijät tuottavat maksimaalisen mahdollisuuden itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. (Välimäki 1998, 89; ks. myös Hollsten 2014, 51-53.)

Sisäiset tekijät, kuten potilaan kompetenssi ja harkintakyvyn taso, voivat olla joko itsemääräämistä rajoittavia tai tukevia tekijöitä (Välimäki 1998, 65). Mikäli potilaan psyykkinen huonovointisuus on alentanut huomattavasti hänen kykyjään rationaaliseen päätöksentekoon, potilaan harkintakyky on heikko, eikä hän ole kiinnostunut omasta itsemääräämisoikeudestaan, voi tällöin itsemääräämisen toteutuminen jäädä myös heikoksi. Päinvastaisessa tilanteessa, jossa potilas on kykenevä ja motivoitunut oman itsemääräämisensä harjoittamiseen, sisäiset tekijät tukevat itsemääräämisoikeuden toteutumista (ks. Hollsten 2014, 54).

Käytännössä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus voi tarkoittaa esimerkiksi valintojen ja päätösten tekemistä, kieltäytymistä, mielipiteen ilmaisemista ja ylipäättään omiin asioihinsa vaikuttamista (Välimäki 1998, 62). Erityisesti informaation saaminen näyttäisi olevan yksi perustavanlaatuisimmista itsemääräämisoikeuden elementeistä terveydenhuollossa. Oikeus tietoon on tärkeä osa itsemääräämisoikeutta, koska se vaikuttaa muiden itsemääräämisoikeuden osioiden toteutumiseen. Voimme tehdä päätöksiä vasta, kun olemme saaneet asiasta tarpeeksi asianmukaista tietoa. (Saarenpää 2003, 310.) Myös potilaslaissa (785/1992, 5§) mainitaan tiedonsaanti potilaan oikeudeksi. Tiedonsaanti on siis olennainen perusta sille, että itsemääräämisoikeutta voidaan toteuttaa, sillä valintojen ja päätösten tekeminen, kieltäytyminen tai mielipiteen ilmaiseminen on mahdotonta ilman tietoa.

Itsemääräämisoikeuden toteutumisella on monia positiivisia vaikutuksia psykiatriselle potilaalle, kuten hyvinvoinnin koheneminen ja siten ahdistuksen väheneminen sekä tunne elämän tarkoituksellisuudesta ja toivosta. Psykiatrisen potilaan kohdalla itsemääräämisoikeuden toteutumisessa voi olla kuitenkin haittapuoliakin, sillä itse tehdyt päätökset ja valinnat voivat aiheuttaa haittaa tai vahinkoa itselle tai muille. Toisaalta myös itsemääräämisoikeuden rajaamisella on paljon negatiivisia vaikutuksia psykiatriselle potilaalle, kuten terveyden ja hyvinvoinnin heikentyminen, tunne rangaistavana olemisesta, ahdistuneisuus, itsetunnon laskeminen ja kunnian menetys sekä epäluuloisuuden kasvaminen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Itsemääräämisoikeuden rajaamisen positiivisena puolena voi olla itsen tai muiden vahingoittamisen ehkäiseminen. Joissakin tapauksissa itsemääräämisoikeuden rajaaminen on myös edistänyt hoitoon sopeutumista ja vähentänyt riskiä psyykkisen voimien romahtamiseen. (Välimäki 1998, 90.)

Itsemääräämisoikeuden edellytyksinä voidaan siis nähdä yksilön päätöksenteko-, ajattelu- ja ongelmanratkaisukapasiteetti, kyky hahmottaa seurauksia ja tavoitteita, kyky ymmärtää informaatiota ja tehdä päätöksiä tähän perustuen sekä mahdollisuudet itsemääräämisen harjoittamiseen (Välimäki 1998, 22-23; myös Launis & Immaisi 1992, 18-20). Kieltäytyminen, suostuminen, informaation

saaminen, mielipiteiden ilmaisu sekä päätösten ja valintojen tekeminen ovat itsemääräämisoikeuden peruselementtejä terveydenhuollossa (Välimäki 1998, 89). Itsemääräämisoikeudessa problemaattista on se, mitkä ovat sen rajat. Onkin esitetty, että itsemääräämisoikeuden suojaamaa eivät olisi ainakaan omaa henkeä tai terveyttä uhkaava toiminta. (Launis 2010, 136.) Psykiatrisen potilaan kohdalla itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat olennaisesti potilaan psyykkinen vointi ja sairauden aste (Välimäki 1998, 65). On nostettu esiin myös kysymys siitä, missä määrin sairaus saa vaikuttaa päätöksentekoon (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 14), eli pitäisikö psyykkisesti sairaalle sallia tiettyä määrä irrationalisuutta päätöksissään tai mielipiteissään. Toisaalta tulee myös huomioida, että potilaat, jotka ovat yleisesti ottaen kykenemättömiä tekemään itsenäisiä päätöksiä, pystyvät joissakin tilanteissa ja joidenkin asioiden suhteen tekemään itsenäisiä valintoja. Kompetenssin kriteerit vaihtelevat siis kontekstin mukaan. (Beauchamp & Childress 2009, 100, 112.)

Mielenkiintoista ovat Välimäen (1998, 63, 83) tutkimukseen osallistuneiden psykiatrinen potilaiden kertomukset siitä, kuinka he saattoivat kokea olevansa itsemäärääviä samalla kun muut ihmiset tekivät osan hoitoon liittyvistä päätöksistä. Lähtökohtaisesti tämä kuulostaa ristiriitaiselta, sillä toisaalta potilaat korostivat, että itsemääräämisoikeuteen liittyä päätöksentekoon osallistuminen ja valintojen tekeminen. Osallistumisen puute voi pahimmillaan saada potilaan tuntemaan itsensä arvottomaksi (Pelto-Piri, Engström & Engström 2013, 7), ja siten osallistumista voidaan pitää tärkeänä osana itsemääräämisoikeutta. Johtopäätöksenä tästä voidaan sanoa, että ihmiset kokevat itsemääräämisoikeuden ja sen toteutumisen eri tavoin.

Etsiessäni suomalaista kirjallisuutta ja tutkimusta psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta ja sen edellytyksistä ja sisällöstä havaitsin, että tutkimus rajoittuu lähinnä opinnäytetytasoisiin tutkielmiin, jotka ovat suurimmaksi osaksi joko yliopistojen hoitotieteen tiedekunnista tai ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan tutkinto-ohjelmasta. Aiheesta löytyy myös sosiaalityön pro gradu -tutkielmia (esim. Pesonen 2010), mutta näissä useimmiten aihetta lähestytään sosiaalityön näkökulmasta. Joitakin väitöskirjatasoisia töitä oli löydettävissä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta, kuten Välimäen teos vuodelta 1998. Lisäksi löysin muun muassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita ja selvitystöitä aiheesta. Merkittävästi Välimäkeä uudempaa väitöskirjatasoista tai muuta suomalaista tutkimusta en löytänyt ainakaan Tampereen yliopiston kirjaston tiedonhakujärjestelmistä.

3.3 Sosiaalityö sairaalassa

Tässä luvussa esittelen terveyssosiaalityötä sekä psykiatrian sosiaalityötä. Katson perustelluksi käsitellä lyhyesti terveyssosiaalityötä yleisellä tasolla, ennen kuin siirryn psykiatrian sosiaalityön käsittelyyn. Terveys sosiaalityö on sosiaalityön kentällä oma erityisalueensa omine erityispiirteineen. Tarkoitukseni on havainnollistaa laajempaa kontekstia, jossa haastattelemani sosiaalityöntekijät työskentelevät. Sosiaalityöntekijöitä työskentelee erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa tai kolmannen sektorin palveluissa. Sosiaalityöntekijä voi työskennellä esimerkiksi sairaalaosastolla tai avohoitoa tarjoavassa yksikössä. Yksityisen terveydenhuollon piirissä toimivista sosiaalityöntekijöistä ei ole tarkkaa tietoa, mutta ainakaan pääsääntöisesti sosiaalityöntekijät eivät ole osa esimerkiksi työterveyshuoltoa. (Metteri 2014, 298.)

Globaalilla mittakaavalla terveys sosiaalityö juontaa juurensa aina 1900-luvun vaihteeseen, ja Suomen osalta 1920-luvulle (ks. tarkemmin Stuart 2004; Kananoja 2017, 347; Lindén 1999, 34-41). Voidaan siis tulkita, että sosiaalityön profession sisällä terveys sosiaalityöllä on vakiintunut asema omana erityiskenttänään. Juuristaan huolimatta terveys sosiaalityöllä on ajoittain edelleen haasteita nousta esiin lääketiedettä painottavassa työympäristössä (esim. Glaser & Suter 2016). Palomäen (2004, 62, 69-70) pro gradu -tutkielmassa osa sosiaalityöntekijöistä toikin esiin toiseuden kokemusta, rooliaan lääkärin alaisena sekä sitä, ettei moniammatilliseen kumppanuuteen perustuvaan toimintaan aina päästä. Sosiaalityöntekijät ovat myös tuoneet esiin, että heidän näkökulmaansa ei huomioitu tarpeeksi moniammatillisissa tiimeissä, tai he ovat kokeneet perustavanlaatuisia näkemyseroja muun henkilökunnan kanssa. (Courtney & Moulding 2014.)

Metterin (2014, 300) mukaan sosiaalityöntekijän roolin epäselvyyksiin vaikuttaa sosiaalityön virallisen paikan puuttuminen, jolla hän viittaa siihen, ettei terveys sosiaalityötä ole tunnistettu terveydenhuollon lainsäädännössä. Lisäksi hän toteaa sosiaalityöntekijöiden työskentelevän terveydenhuollossa ”vieraassa isäntäorganisaatiossa”, lääke- ja hoitotieteen alaisena. Nähdäkseni mukautuminen lääketieteelliseen lähestymistapaan on kuitenkin osittain tarpeellista ja edellytys työn toteuttamiselle, sekä osa organisaation kulttuurisiin normeihin sopeutumista. Terveys sosiaalityön moniammatillisuutta ja sosiaalityön paikkaa terveydenhuollossa on tutkittu ahkerasti. Erityisesti mielenkiinnon kohteena näyttää olevan sosiaalityön alisteinen asema lääketieteelle. Koska moniammatillisuus veisi minua täysin erilaisiin keskusteluihin, olen rajannut sen laajemman käsittelyn pois työstäni.

Terveyssozialityön lähtökohdaksi voidaan nähdä kokonaisvaltainen työote, jossa huomioidaan sairaus ja sosiaaliset tekijät. Tarkoituksena on auttaa potilasta turvaamaan taloudellinen jatkuvuus, sekä sosiaalinen ja yhteiskunnallinen suoriutuminen ja osallisuus. (Lindén 1999, 55; Terveyssozialityöntekijät ry 1998.) Terveystenhuollon sosiaalityössä on läsnä monet sosiaalityölle tyypilliset perustehtävät, kuten sosiaalisen tilanteen kartoittaminen, sosioekonomiset aspektit, psykososiaalinen tuki, toimintakyvyn tukeminen, työskentely läheisten ja muiden viranomaisverkostojen kanssa, sekä rakenteellisen sosiaalityön mukainen vaikuttaminen ja tiedottaminen (Korpela 2014, 127-128; Lindén 1999, 59-60). Nämä voivat sisältää muun muassa sosiaaliturvasta ja palveluverkosta informointia sekä käytännön ohjaamista hakuprosesseissa, tukikeskusteluja, kotona selviytymisen kartoitusta ja tähän liittyvien kotiutussuunnitelmien tekemistä (Lindén 1999, 73). Etuus- ja palvelujärjestelmän monimutkaisuuden vuoksi sosiaalityön palveluohjausta tarvitaan auttamaan vaikeassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä järjestelmän kokonaisuuden hahmottamisessa ja etuuksien ja palveluiden hakemisessa (Juhila 2006, 177). Lähtökohtaisesti ainakin osa sairasta ihmisistä voidaan nähdä vaikeassa elämäntilanteessa oleviksi.

Seuraavana esittelen Lindénin (1999, 110-111) tiivistyksen terveydenhuollon sosiaalityön perusteista. Ensinnäkin terveydenhuollon sosiaalityön taustalla on ajatus potilaan kunnioittamisesta. Työn kontekstin mukaisesti työtä ohjaa myös terveyden ja hyvän hoidon eetos. Lisäksi työn perustana on potilaan omaehtoisuuden ja toimintakykyisyyden korostaminen. Nämä ovat työn *eettinen perusta*, jolle kaiken sosiaalityöntekijän toiminnan tulisi pohjautua. *Toiminnan tavoitteena* on sosiaalisen toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistäminen. *Perustehtäväksi* voidaan nähdä sosiaaliturvaan, palveluverkkoon, tukitoimiin ja kuntoutuskeinoihin liittyvien asioiden selvittäminen ja hoitaminen, joilla voidaan etsiä ratkaisuja potilaan toimintakykyä rajoittaviin tekijöihin sekä tukea kuntoutumista ja omatoimisuutta. *Työmuotona* on potilastyö, moniammatillinen tiimityö sekä verkostotyö yhteistyökumppaneiden ja omaisten kanssa. Sosiaalityöntekijän *yksilöllisenä tehtävänä* on toimia potilaan edunvalvojana sekä arkielämän asiantuntijana.

Psykiatrian sosiaalityö

Tutkimukseni kontekstina on psykiatrisessa sairaalassa tehtävä sosiaalityö, mikä on osa terveyssozialityötä. Terveyssozialityössä on tyypillistä, että sosiaalityön sisällöissä on omia tehtäväkohtaisia erikoispiirteitä riippuen terveydenhuollon erikoisalasta, jonka kontekstissa työtä toteutetaan (Kananoja 2017, 353). Nähdäkseni psykiatrian sosiaalityöllä on omia erityispiirteitä työn kontekstin huomioiden: osa potilaista, ja siten myös sosiaalityöntekijöiden asiakasmateriaalista,

on tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tämä luo jo lähtökohtaisesti työhön omanlaisiaan reunaehtoja ja myös jännitteitä. Dialogisen tai luottamuksellisen suhteen rakentaminen ei ole aina helppoa esimerkiksi psykoottisesti käyttäytyvän ihmisen kanssa. Psykiatrisessa sairaanhoidossa sosiaalityöntekijän, kuten muunkin hoitohenkilökunnan, vuorovaikutus- ja kohtaamistaidot sekä kyky sensitiivisyyteen ovat erityisen välttämättömiä. (Aalberg 1989; Gould 2010, 64-65.)

Ryan, Healy ja Renouf (2004) ovat tutkineet psykiatrian sosiaalityön asiantuntijuutta. Tutkimuksen perusteella sosiaalityön nähtiin vaativan paljon spesifiä tietoa mielenterveyden ongelmista ja tähän liittyvistä ilmiöistä. Sosiaalityöntekijät toivat tutkimuksessa esiin, että työskentely psyykkisesti epätasapainossa olevien potilaiden kanssa tuottaa työhön haasteita. He kokivat tuhrautuneisuutta siitä, että monien potilaiden kohdalla työn tuloksellisuus jää näkymättömiin useiden ”takapakkien” vuoksi. Ominaista psykiatrian sosiaalityölle on verkostojen kanssa työskentelyn lisäksi vaikeiden ja monimutkaisten tilanteiden käsittely, joissa korostuu samanaikainen työskentely monilla erilaisilla potilaan elämää koskevilla ulottuvuuksilla. (Emt., 30-33.) Joissakin tutkimuksissa on puhuttu terveydenhuollon sosiaalityöstä akuuttisosiaalityön käsitteellä (esim. Haake 2010). Nähdäkseni psykiatrian sosiaalityöstä tekee akuuttiluontoisen esimerkiksi se, että osalla potilaiden sosioekonomiset tilanteet ovat monimutkaisia, tai asiat ovat olleet hoitamatta jo pitkän aikaa ennen sairaalaan tuloa psyykkisen huonovointisuuden ja muiden tekijöiden yhteissummasta. Nämä ovat mielestäni juuri niitä monimutkaisia tilanteita, joista sosiaalityöntekijät mainitsivat Ryanin ja kumppaneiden tutkimuksessa.

Psykiatrian sosiaalityössä pelkkä neuvonta ja ohjaus eivät välttämättä riitä, vaan potilaan mahdollisen toimintakyvyn laskun vuoksi tarvitaan myös konkreettista käytännön tukea ja yhdessä tekemistä esimerkiksi etuuksien hakemisessa (Kananoja 2017, 353). Sosiaalityöntekijä huomioi siis kokonaisvaltaisesti potilaan elämään ja toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä, jonka mukaan tuentarve määritellään. Sosiaalityön vahvuus psykiatrian moniammatillisessa työssä onkin kokonaisvaltaisessa työotteessa, vaikka sosiaalityön roolia psykiatrialla on myös kritisoitu epämääräiseksi (Frankenhaeuser 2014).

Pirttijärven (2013, 30) mukaan ”alkulähtökohdaltaan haastavassa tahdosta riippumattoman hoidon tilanteessa sosiaalityöntekijän saattaa olla jopa helpompi saavuttaa potilaan jonkinasteinen luottamus sosiaalityön tehtäväalueen ollessa hieman erillään itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä.” Tulkintani mukaan ei voida kuitenkaan yksiselitteisesti todeta, että psykiatrisessa sairaanhoidossa tehtävä sosiaalityö olisi irrallaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajaamisesta. Psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityöntekijä ei tee viranomaispäätöksiä esimerkiksi etuuksista tai

asumispalvelun myöntämisestä, tai mielenterveyslain mukaisista rajoitustoimista. Tässä mielessä psykiatrialla sosiaalityöntekijän mahdolliset itsemääräämisoikeutta rajaavat toimet eivät perustu hallinnollisiin viranomaispäätöksiin, joita sosiaalityöntekijät tekisivät itse. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteivätkö sairaalan sosiaalityöntekijät olisi ollenkaan osallisina tällaisiin prosesseihin (vrt. edunvalvontailmoituksen tekeminen). Osallisuus rajoittamistoimiin voi siis olla välillistä, vaikka sosiaalityöntekijä ei itse olisikaan kyseessä olevasta asiasta päättävä taho. (ks. Metteri 2014, 302.)

Seuraavaksi käyn läpi sosiaalityötä ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa tutkimusta. Mielestäni tämän käsittely on olennaista tutkimuksessani, sillä se tuo esille eettisiä haasteita, joita sosiaalityöntekijät kohtaavat psykiatrisessa sairaalassa. Siten se kontekstualisoi sitä ympäristöä, jossa haastateltavienikin pohdinnat itsemääräämisoikeudesta tapahtuvat.

3.4 Tahdosta riippumaton hoito ja sosiaalityö

Sosiaalityö ja tahdosta riippumaton hoito kuulostavat lähtökohtaisesti ristiriitaiselta yhtälöltä ottaen huomioon sosiaalityössä läsnä olevat vahvat eettiset ja moraaliset periaatteet. Suomessa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta sairaalahoidosta säädetään mielenterveyslaissa (1116/1990). Sen mukaan henkilö voidaan määrätä hoitoon vain: ” 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä”. Muista tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvistä vaiheista säädetään tarkemmin mielenterveyslain luvussa 2.

Sosiaalityössä korostetaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisoikeuksia, jotka puhuvat vapauden ja vapaan valinnan puolesta. Pakon käyttö on vastoin tätä ideaali, ja se luonnollisesti herättää sosiaalityössä keskustelua ja pohdintoja. Yhteiskunta käyttää kuitenkin aina jossakin määrin ja jossain muodossa pakkoa, ja sosiaalityöntekijät julkisen vallan ja kontrollin valtuudet omaavina ammattilaisina ovat osallisia tässä prosessissa (Maylea 2017, 337). Courtneyn ja Mouldingin (2014) tutkimuksessa sosiaalityöntekijät kuvasivat tahdosta riippumattoman hoidon aiheuttavan heille epä mukavuuden tunteen sekä ammatillisen konfliktin, koska se ohittaa sosiaalityön periaatteet ihmisen itsemääräämisoikeudesta ja ihmisoikeuksista. Sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan nähneet itse pakkotoimissa välttämättä varsinaista ongelmaa, vaan pulma oli enemmänkin vääristyneissä ennako-oletuksissa, joita potilaista tehtiin työyhteisössä, sekä paternalistisissa hoitomenetelmissä.

He näkivät, että tahdosta riippumatonta hoitoa on mahdollista toteuttaa johdonmukaisesti siten, että mukana on myös sosiaalityön ja kuntoutuksen periaatteita. (Emt. 218-219, 223-224.) Osassa tutkimuksista sosiaalityöntekijät ovatkin osoittaneet myönteisiä näkemyksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta (Esim. Taylor 2006; Taylor & Bentley 2005; Wu ym. 2013). Erityisesti pitkän työkokemuksen omaavat sosiaalityöntekijät ovat tuoneet esiin sopeutuneensa siihen, että osa potilaista on tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tähän on ollut vaikuttamassa sen näkeminen, millaista vahinkoa, haittaa ja jopa kärsimystä hoitamattoman mielenterveysongelman kanssa eläminen voi aiheuttaa ihmisille (Taylor 2006, 30-31).

Scheyettin ja kumppaneiden (2009) Yhdysvalloissa tehdyssä kyselytutkimuksessa sosiaalityöntekijöistä (N=193) 70% olivat sitä mieltä, että tahdosta riippumatonta hoitoa ei tarvitsisi, mikäli olisi saatavilla laadukasta avohoitoa. Enemmistö näki myös vapaaehtoisuuteen perustuvan hoidon yleisesti ottaen paremmaksi lähestymistavaksi. Toisaalta taas yli puolet sosiaalityöntekijöistä toivat esiin, että vapaaehtoinen hoito voi olla joskus epärealistista vakavasti psyykkisesti sairaiden kohdalla, ja että myös tahdosta riippumattomasta hoidosta voi olla hyötyä tälle potilasryhmälle. Tutkimuksessa sosiaalityöntekijät painottivat erityisesti potilaan oikeutta informaatioon omasta hoidostaan, mutta tukivat vähemmän ajatusta potilaan oikeudesta tehdä tärkeitä hoitopäätöksiä. Sosiaalityöntekijät tuottivat jokseenkin ristiriitaisia vastauksia itsemääräämisoikeuteen puuttuvien interventioiden tarpeellisuudesta. Tämän katsottiin kertovan siitä, että sosiaalityöntekijät tiedostavat intervention tarpeen, vaikkakin vastahakoisesti. (Emt. 292-293, 299-300.) Sosiaalityöntekijät ovat perustelleet tahdosta riippumatonta hoitoa muun muassa vaaralta suojelemisella, hoidon välttämättömyydellä ja palvelusysteemin ongelmilla kuten sillä, että muut hoitomuodot ovat riittämättömiä, lyhytaikaisia ja keskittyvät kriisihoitoon (Taylor 2006, 29-30). Erityisesti välittömän vaaran läsnäoloa on pidetty kriteerinä tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittamiselle (Taylor & Bentley 2005, 477). Wun ja kumppaneiden tutkimuksessa (2013, 426, 428) suurin osa sosiaalityöntekijöistä tuki tahdosta riippumatonta hoitoa, koska uskoivat sen tarjoavan huolenpitoa ja turvaa.

Toisaalta myös painotetaan, että sosiaalityön tulisi vastustaa tahdosta riippumatonta hoitoa, koska tahdosta riippumaton hoito evää ihmisiltä mahdollisuuden osallistua omista asioistaan päättämiseen. Täten se pitäisi nähdä epädemokraattisena ja vahingollisena sosiaalisille oikeuksille sekä voimaantumiselle. Sosiaalityöntekijöiden tulisi toteuttaa ihmisoikeuksia työssään, mutta hyväksymällä tahdosta riippuman hoidon, sosiaalityö jatkaa ja ylläpitää syrjiviä käytäntöjä. (Maylea 2017, 339, 341.) Tahdosta riippumattoman hoidon vastustamista on perusteltu myös sillä, että se törmää sosiaalityön muihin arvoihin, kuten itsemääräämisoikeuteen (Taylor 2006, 30).

Sosiaalityöstä ja tahdosta riippumattomasta hoidosta löytyy etenkin kansainvälistä tutkimusta, joten se on selvästi herättänyt tutkijoiden mielenkiinnon. Tähän lienee syynä se, mitä tämän luvun alussa totesin: sosiaalityö ja tahdosta riippumaton hoito kuulostavat lähtökohtaisesti ristiriitaiselta yhtälöltä ottaen huomioon sosiaalityössä läsnä olevat vahvat eettiset ja moraaliset periaatteet. Tahdosta riippumaton hoito on kuitenkin joskus välttämätöntä. Olennaista tähän liittyen on se, että sosiaalityöntekijä tuo työyhteisössä esiin ja kyseenalaistaa valtasuhteita sekä vallankäyttöä, ja korostaa sitä, että potilaalla on yhtä lailla ”tietoa”, kuin ammatillisillakin. Toisaalta sosiaalityöntekijän tulisi keskustella työyhteisössä siitä, millaisia arvoja hoitoympäristö noudattaa, ja miten nämä kohtaavat sosiaalityön ydinarvojen kanssa, joita ovat voimaannuttaminen, osallisuus ja itsemääräämisoikeus. (Kendall & Hugman 2016.)

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen voidaan lähtökohtaisesti nähdä ideaaliksi, jota kohti tulisi pyrkiä myös psykiatrisen potilaan kohdalla. Juhilan (2006, 49-101) mukaan nykyaikana sosiaalityötä kuitenkin pidetään liittämisen- ja kontrollityönä, jossa sosiaalityöntekijöiden tehtäväksi paikantuu marginaalissa olevien yksilöiden liittäminen takaisin yhteiskunnan valtavirtaan, ja kontrolloida heitä tämän prosessin onnistumiseksi. Erityisesti mielenterveystyön piirissä työskentelevät sosiaalityöntekijät kamppailevat itsemääräämisen tukemisen ja vahinkoja estävien interventioiden välillä (Scheyett ym. 2009, 284). Samalla Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia (2017) korostaa sosiaalityöntekijöiden vastuuta kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sen ollessa yksi sosiaalityöntekijöiden ammatilliseettinen arvo. Muun muassa Murdach (1996) on tutkinut itsemääräämisoikeutta rajaavia interventioita sosiaalityössä, ja hän on kehittänyt Abramsonin (1989) teoreettiseen malliin pohjautuen oman interventiomallin (model of protective treatment), jota tarvitaan asiakkaan tai potilaan alentuneen päätöksentekokyvyn ja itsenäiseen päätöksentekoon liittyvien riskien vuoksi. Malli liittyy siis siihen, miten laajasti itsemääräämisoikeutta kulloinkin tulee rajoittaa. Mallissa kaikkein rajoittavin interventiomuoto koskee tilanteita, joissa henkilö on vakavassa psykoosissa. (kts. tarkemmin Murdach 1996, 28-30.) Interventioiden tarpeellisuus on siis tunnistettu sosiaalityössä, mutta eettisesti haastavaksi tilanteen tekee se, että joskus tämä voi tarkoittaa asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden rajaamista, joka on ristiriidassa itsemääräämisoikeuden kunnioittamista painottavien ammatilliseettisten arvojen kanssa.

4 Tutkimuksen toteutus

Tässä pääluvussa käyn läpi tutkimustehtävääni, aineiston keruuta ja tutkimuksen eettisyyttä koskevia kysymyksiä. Lisäksi esittelen tutkimuksen metodologisen suuntauksen, ja analyysissä käyttämiäni retorisia keinoja. Luvun lopuksi käyn läpi analyysin vaiheet.

Perustan tutkimukseni suhteellisen autonomian käsitteeseen, joten olen esitellyt luvussa 2.3. Tulkitsen luvuissa 2.1. ja 2.2. esittelemäni individualistisen itsemääräämisoikeuden sekä paternalismin sisältyvän suhteelliseen autonomiaan. Nämä teoreettiset käsitteet ovat olleet apuna analyysin tekemisessä, sillä niiden avulla pyrin tunnistamaan erilaisia lähestymistapoja potilaan itsemääräämisoikeuteen, joita sosiaalityöntekijät haastattelupuheessa ilmentävät. Luku 3 on rakentanut analyysilleni kontekstia, ja auttanut ymmärtämään, missä työympäristössä sosiaalityöntekijöiden haastattelupuheessaan tuottamat ja käyttävät diskurssit ilmenevät, ja minkälaisia reunaehdoja tämä konteksti antaa tulkinnoilleni ja pohdinnalleni.

4.1 Tutkimustehtävä, aineiston keruu ja tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseni on laadullinen ryhmähaastattelututkimus, jossa tavoitteenani on eritellä psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden tuottamia merkityksiä psykiatrisen potilaan suhteellisesta autonomiasta heidän oman työnsä näkökulmasta. Tulkitsen nämä merkitykset diskurssien sisäisiksi merkityskokonaisuuksiksi. Pyrin tavoittamaan haastattelupuheesta nimenomaan niitä merkityksiä, joita sosiaalityöntekijät tuottavat suhteellisesta autonomiasta, ja miten näitä merkityksiä perustellaan tietyillä retorisisilla keinoilla. Suhteellisen autonomian näkökulma on ohjannut minua keskittymään aineistossa niihin puhetapoihin, joissa sosiaalityöntekijät tekevät ymmärrettäväksi itsemääräämisoikeuden toteutumisen moninaisuutta ja tilannekohtaisuutta sekä perustelevat ja oikeuttavat toimintatapojaan tai näkemyksiään potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kyseisessä tilanteessa. Tarkoitukseni ei ole arvioida sosiaalityöntekijöiden tuottamien merkitysten, perusteluiden tai työtapojen oikeellisuutta tai tarkoituksenmukaisuutta.

Tutkimuskysymykset ovat:

- *Millaisia diskursseja sosiaalityöntekijät tuottavat psykiatrisen potilaan suhteellisesta autonomiasta?*
- *Miten diskursseissa käytettyjä argumentteja vahvistetaan tietyillä retorisisilla keinoilla?*

Aineiston keruu

Keräsin aineistoni erään psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastatteluina. Tein kaksi erillistä ryhmähaastattelua siten, että kumpaankin ryhmähaastatteluun osallistui kolme sosiaalityöntekijää. Kukin sosiaalityöntekijä osallistui vain yhteen ryhmähaastattelukertaan. Yhteensä kahteen ryhmähaastatteluun osallistui siis kuusi sosiaalityöntekijää. Ryhmähaastattelut olivat avoimia teemahaastatteluja. Aineiston keräämistä varten hain tutkimuslupaa sairaanhoitopiiriltä, mikä myönnettiin huhtikuussa 2018. Haastattelut suoritin toukokuussa 2018. Kyseisessä sairaalassa oli sosiaalityöntekijöitä yhteensä yhdeksän. Lähetin sähköpostitse haastattelupyynnön johtavalle sosiaalityöntekijälle, joka lähetti pyyntöni eteenpäin sosiaalityöntekijöille, ja lopulta kuusi sosiaalityöntekijää lupautui osallistumaan haastatteluuni. Kyseisestä yksiköstä ei ollut saatavilla enempää haastateltavia osallistumaan tutkimukseeni, ja lisäinformanttien hakeminen muualta ei tuntunut kokonaisuuden kannalta tarpeelliselta. Pro gradu -työnä tehtävässä laadullisessa tutkimuksessa kuusi haastateltavaa voidaan katsoa riittäväksi, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ylipäättään ole tarkoituksena tilastollinen yleistys, vaan ilmiön kuvaaminen ja sen tulkitseminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Ryhmähaastattelu ja ryhmäkeskustelu voidaan käsitteinä erottaa toisistaan. Ryhmähaastattelu koostuu ryhmätilanteesta tehdyistä yksilöhaastatteluista, ja ryhmäkeskustelu taas pyrkii vuorovaikutuksen ja keskustelun luomiseen osallistujien välille vetäjän esittämistä teemoista. (Valtonen 2005, 223-224.) Tämän määrittelyn mukaisesti tutkimukseni haastattelussa on siis kyse ryhmäkeskustelusta, sillä pyrin nimenomaisesti osallistujien väliseen keskustelevuuteen. Käytän kuitenkin omassa tutkimuksessani tästä nimikettä ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelun edellytyksenä on, että haastateltavien joukko on suhteellisen homogeeninen ryhmä (Eskola & Suoranta 2014, 98). Omassa tutkimuksessani tämä ehto täyttyy, sillä haastateltavat ovat kaikki psykiatrisessa sairaalassa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä, eli jakavat saman työkontekstin sekä profession. Halusin pitää haastattelun mieluummin kolmen hengen ryhmässä, koska nähdäkseni pienemmässä ryhmässä yksittäisellä informantilla on parempi mahdollisuus saada ääntään kuuluviin, ja puheenvuoron aloittamiseen voi olla pienempi kynnys. Kahdella erillisellä ryhmähaastattelulla sain myös enemmän aineistomateriaalia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Ensimmäinen haastattelu kesti puolitoista tuntia ja toinen haastattelu kesti tunnin. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 60 sivua (Times New Roman 12, riviväli 1,5).

Kaikki osallistujat olivat muodollisesti päteviä sosiaalityöntekijöitä, ja työskentelivät vakituisesti kyseisessä sairaalassa. Kaikki haastateltavat olivat naisia, ja iältään noin 30 vuodesta noin 60

ikävuoteen. Kokemus psykiatrialla tehtävästä sosiaalityöstä vaihteli noin kolmesta vuodesta 21 vuoteen. Sosiaalityöntekijät työskentelevät täysi-ikäisten potilaiden kanssa. Kaikki haastatteleman sosiaalityöntekijät työskentelevät erikoissairaanhoidon piirissä olevassa psykiatrisessa sairaalassa sellaisilla osastoilla, joissa osa potilaista on hoidossa tahdostaan riippumatta.

Haastattelun aihepiirit olivat etukäteen määriteltyjä, mutta kysymysten tarkkaa muotoa tai järjestystä en ollut määrittänyt, vaan tarkoituksena oli antaa mahdollisuus vapaaseen ja spontaaniin keskusteluun aihepiiristä (Eskola & Vastamäki 2015, 29; Tiitula & Ruusuvuori 2005, 11-12). En siis laatinut tarkkoja haastattelukysymyksiä, vaan joitakin avoimia apukysymyksiä keskustelun virittämiseksi ja ohjaamiseksi. Kyseessä oli avoin haastattelu, joka sisälsi neljä teemaa: *itsemääräämisoikeus käsitteenä, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden rajaaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen eettinen rajankäynti* (kts. liite 2). Näitä teemoja tarkasteltiin sosiaalityöntekijän näkökulmasta. Päädyin näihin teemoihin tutustuttuani psykiatrian sosiaalityötä ja itsemääräämisoikeutta koskevaan kirjallisuuteen ja pohdittuani, millä tavalla saisin mahdollisimman kattavaa keskusteltua psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta. Mainittakoon, että haastattelun rakennetta laatiessani ja haastatteluja suorittaessani tarkoitukseni oli suorittaa tutkimus fenomenologisen metodologian näkökulmasta, joka sittemmin tutkimuksen edetessä muuttui retoriseksi diskurssianalyysiksi.

Haastateltavat saivat teemat etukäteen nähtäväksi. Mainitsemani neljä teemaa toimivat siis haastattelun keskustelunaiheina, ja sosiaalityöntekijät kertoivat omia käsityksiään ja kokemuksiaan teemoista. Apukysymyksillä ohjasin ajoittain keskustelun aloittamisessa, tai kohdissa, joissa keskustelu ”jumittui” paikoilleen. Kaiken kaikkiaan haastattelutilanteissa keskustelu oli mielestäni aktiivista ja roolini kysymysten esittäjänä jäi kutakuinkin marginaaliseksi. Koska kahdessa erillisessä ryhmähaastattelussa keskustelut muodostuivat omanlaisikseen ja etenivät eri tavalla, en käyttänyt apukysymyksiäkään samalla tavalla. Rohkaisin haastateltavia keskustelemaan teemoista konkreettisten, työssängä kokemien potilastapausten kautta. Tutkimustehtäväni kannalta oli olennaista, että haastattelijana varmistan, että tietyt ennalta hahmotetut aihealueet käydään läpi. Vaikka haastattelussa toimin lähinnä taustalla olevana, ”neutraalina” moderaattorina, loppujen lopuksi kaikki haastattelun osapuolet ovat osallisia haastattelutilanteeseen ja sen kulkuun (Tiitula & Ruusuvuori 2005 12-13).

Valitsin ryhmähaastattelun sekä aikataulullisista että tutkimustehtävään perustuvista syistä. Oletin saavani ryhmähaastattelulla hedelmällisemmän aineiston, sillä itsemääräämisoikeus on yksi sosiaalityön perustavanlaatuisista, jaetuista eettisistä arvoista, ja täten oletin aiheen synnyttävän

mielenkiintoisia keskusteluja ja pohdintoja sosiaalityöntekijöiden kesken. Eskolan ja Suorannan (2014, 95-96) mukaan ryhmähaastattelussa osallistujat voivatkin saada toisiltaan tukea, rohkaisua ja innostusta puhumaan haastattelutilanteessa. Ryhmähaastattelun etuna on myös se, että haastattelijalla ei ole niin suurta vaikutusta haastateltavan odotuksiin tutkijaa kohtaan kuin yksilöhaastattelulla (Sulkunen 1990, 264). Ryhmähaastattelussa on myös omat haasteensa, kuten tekniset ongelmat. Litteroinnissa haasteita voi tuottaa se, saako nauhoitteesta selvää kuka puhuu milloinkin. (Eskola & Suoranta 2014, 99.) Omalla kohdallani haastattelujen litterointi sujui kuitenkin ongelmitta. Ryhmällä voi olla lisäksi kontrolloivaa vaikutusta (Sulkunen 1990, 265). Ryhmähaastattelussa pyrin pitämään mielessä Valtosen (2005) ohjeistuksia ryhmähaastattelun vetämisestä. Vetäjän pääasiallinen tehtävä on ”virittää otollinen ilmapiiri, ohjata keskustelua tavoitteiden mukaisesti ja ennen muuta rohkaista ja kannustaa osallistujia keskustelemaan keskenään” (Emt., 223).

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessani olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä (ks. esim. Kuula 2006, 34-39). Aineistoa on käytetty vain tutkimustarkoitukseen ja käsitelty luottamuksellisesti tutkittavien yksityisyyden suojaa kunnioittaen. Litteroidusta tekstistä on poistettu kaikki suorat tunnistetiedot. Haastateltavat on merkitty litteraatioon anonyymisti koodeilla. Haastateltavat ovat täyttäneet henkilökohtaisen kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (kts. liite 3), jossa ilmoitetaan, että osallistumisen tutkimukseen voi perua milloin tahansa. Aineistoa on säilytetty salasanan takana tietokoneella, mihin muilla henkilöillä ei ole ollut pääsyä.

Yksi tärkein tutkimuseettinen kysymys on tutkittavien vapaaehtoinen osallistuminen. Tämä tulee pohdittavaksi erityisesti tilanteissa, joissa tutkittava on työntekijän roolissa. Tällöin tutkittavalle on kerrottava selkeästi, että osallistuminen on vapaaehtoista, eikä työnantajan velvoittamaa. Korostin itse tutkittaville vapaaehtoisuuden tärkeyttä. Kuulan (2006, 61-62) mukaan päätöstä tutkimukseen osallistumisesta on vaikea tehdä, mikäli henkilöllä ei ole riittävästi tietoa tutkimuksesta. Sosiaalityöntekijät saivat lukea ennen päätöstään tutkimukseen osallistumisesta tiedotteen tutkimuksestani (kts. liite 1), mistä ilmeni tiivistettynä lyhyt kuvaus tutkimukseni aiheesta, aineistonkeruusta, aikatauluista ja tutkimukseen osallistumiseen liittyvistä käytännöistä. Annoin osallistujille mahdollisuuden esittää kysymyksiä tutkimuksesta, mutta he eivät kokeneet tätä tarpeelliseksi. Tutkimusetiikkaan kuuluu myös se, että haastateltaville annetaan etukäteen haastattelukysymykset tai aiheet tutustuttaviksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Ennen haastatteluja

lähetin sähköpostitse haastateltaville nähtäväksi haastatteluteemat ja kerroin haastattelun luonteesta (liite 2).

Yksi tutkimuseettinen kysymys on oma asemani tutkijana. Olen ollut itse sosiaalityön harjoittelijan sekä sijaisen roolissa kyseisessä työyhteisössä. Siten tuttuus tutkittavien kanssa on voinut vaikuttaa esimerkiksi heidän haluunsa tai haluttomuuteensa osallistua tutkimukseen. Pohdin myös kysymystä siitä, pystyvätkö tutkittavat haastattelutilanteessa kertomaan todellisia näkemyksiään tutkimusaiheesta yhtä hyvin tutulle henkilölle, joka on ollut osana työyhteisöä, kuin neutraalille ja tuntemattomalle, työyhteisön ulkopuoliselle tutkijalle. Toisaalta taas voidaan ajatella, että tuttuudesta on ollut hyötyä haastattelussa: ilmapiiri on rennompia ja haastattelutilanne luontevampaa ja keskustelunomaista.

4.2 Retorinen diskurssianalyysi

Käytän aineiston analyysissä diskurssianalyttisen tutkimuksen yhtenä suuntauksena pidettävää retorista diskurssianalyysia. Ennen retoriikan analyysiin syventymistä avaan hieman, miten tutkimukseni paikantuu diskurssianalyysin kentällä. Diskurssianalyysi on monihaarainen teoreettinen viitekehys, joka sisältää monia erilaisia analyttisiä suuntauksia. Omaa tutkimustani ohjaa diskurssianalyysiin liittyvä ajatus tutkimuksen kohdistamisesta yksilöiden kielenkäyttöön ja sen tuottamiin merkityssysteemeihin eli sosiaalsiin käytäntöihin, eikä niinkään itse yksilöön. Diskurssianalyysissä lähdetään siitä, että kielenkäyttö kertoo jotakin todellisuudesta ja myös rakentaa sitä. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 43.) Potter (1996, 97) muotoilee saman asian niin, että erilaiset kielelliset kuvaukset ja selonteot rakentavat tietynlaisia versioita ja tulkintaa maailmasta ja ne ovat myös sosiaalisia konstruktioita. Kielenkäytön todellisuutta ja merkityksiä tuottavaa luonnetta kutsutaan funktionaalisuudeksi, mikä diskurssianalyysissä tarkoittaa huomion kiinnittämistä siihen, mitä kielenkäytöllä tehdään, saadaan aikaan ja millaista todellisuuden tulkintaa sillä kulloinkin tuotetaan (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 47).

Diskurssianalyysillä on siis yhteyksiä kielitieteeseen (Leiwo & Pietikäinen 1996, 102-106). Omassa analyysissäni keskityn kielenkäytön argumentoivaan luonteeseen, jota analysoin retorisen diskurssianalyysin keinoin, enkä siten tulkitse aineistoani sen syvemmin kieliopillisella mikrotasolla. Tarkemmin ottaen keskityn tutkimuskysymysteni mukaisesti siihen, miten sosiaalityöntekijät merkityksellistävät suhteellista autonomiaa, eli millaisten diskurssien ”sisällä” he merkityksellistävät suhteellista autonomiaa, ja miten näiden diskurssien sisältämiä argumentteja perustellaan,

oikeutetaan ja tehdään vakuuttaviksi ryhmähaastattelupuheessa. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa on käytetty merkitysten kuvaamiseksi erilaista käsitteistöä aina diskurssin käsitteestä tulkintarepertuaarin käsitteeseen. Olennaista on, miten tutkija määrittää käytetyn käsitteen omassa tutkimuksessaan. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 34-35.) Tässä tutkimuksessa ymmärrän diskurssin tiettyjen merkitysten kokonaisuudeksi.

Retoriikan tutkimuksen historialla on filosofisia kytköksiä, ja se juontaa juurensa jo antiikin ajoilta (esim. Perelman 1996; Haapanen 1996). Retoriikasta kertovassa kirjallisuudessa törmää uuden retoriikan –käsitteeseen. Tämä tarkoittaa retoriikkaa ja argumentointia, sekä käsitteenä että tutkimuksellisenä näkökulmana, koskevan kiinnostuksen ja arvostuksen uutta nousemista noin 1950-luvulta alkaen. Tätä edelsi laskukausi, jolloin retoriikkaa ei pidetty entisessä arvossaan. (esim. Summa 1996.) Historiallisesti retoriikkaa on pidetty maskuliinisena perinteenä. Kärjistäen ilmaisten naisten on katsottu vahvistavan ja ylläpitävän keskustelulla sosiaalisia suhteita, ja siksi välttelevän suoranaisia ristiriita- ja väittelytilanteita pyrkien pikemminkin yhteisymmärrykseen. Miehet taas on nähty kilpailuhenkisinä, argumentaatiosta nauttivina ja siihen pyrkivinä. (Billig 1996, 22-29.) Oman tutkimukseni kohdalla kyseinen lähestymistapa ei ole relevantti tai tarkoituksenmukainen, vaan tuottaa enemmänkin kyseenalaisia stereotypioita sukupuolistuneista kommunikaatiokäytännöistä. En ole siis huomionut retorisisessa analyysissäni sukupuolinäkökulmaa.

Kolme keskeisintä uuden retoriikan teoreetikkoa ovat Kenneth Burke, Chaim Perelman ja Stephen Toulmin. Heidän teoreettiset painopisteensä ovat keskenään erilaisia: Burke oli kiinnostunut retorisuudesta ilmiönä ja laajempaan osaan inhimillistä toimintaa sekä sen piilevistä vaikutuksista. Perelman ja Toulmin sen sijaan keskittyivät eri näkökulmista argumentointiin. Toulmin keskittyi arvioimaan päättelyä ja argumentoinnin pätevyyttä, kun taas Perelman oli kiinnostunut keinoista tehdä argumentista uskottava ja vakuuttava suhteessa tiettyyn yleisöön. Perelman loi oman argumentaatioteoriansa, joka sisältää erilaisia tekniikoita argumentoinnin uskottavuuden ja vakuuttavuuden jäsentelemiseksi. Perelman korosti myös teoksissaan yleisölähtöisyyden tärkeyttä argumentoinnissa. (Summa 1996, 51-52, 74.) Tutkimuksessani käytetyn retorisen diskurssianalyysin juuret johtavat nimenomaan Perelmanin lähestymistapaan.

Retoriikalla tarkoitetaan kuulijan suostuttelua ja vakuuttamista esittäjän argumentin pätevyydestä. Retorisessa analyysissä eritellään erilaisia retorisia keinoja ja kielellisiä prosesseja, joilla esitetyn argumentin uskottavuutta pyritään vahvistamaan. Retoriikan analyysissä korostetaan argumentin pätevyyden tulkinnallisuutta, kiistanalaisuutta ja rakentumista sosiaalisessa toiminnassa tietyssä kontekstissa. (Jokinen 2016, 259, 261; Jokinen 2016, 338-339.) Leiwo ja Pietikäinen (1996, 95)

tiivistävät argumentoinnin koostuvan ”niistä keinoista ja tavoista, joilla väitteitä, ajatuksia ja vaatimuksia tehdään uskottaviksi ja saadaan kuulijat sitoutumaan niihin”. Palosen ja Summan (1996, 11) mukaan argumentoinnin tutkimuksessa on kaksi suuntaa: retorinen suunta, jossa keskitytään retoristen keinojen merkittävyyteen ja vakuuttavuuteen, sekä formaalinen suunta, jossa lähtökohtana on argumentin pätevyyden arviointi. Analyysissä keskityn Perelmanin lähestymistavan mukaisesti argumentin vakuuttavuutta lisääviin perusteluihin ja retorisiin keinoihin, enkä argumentoinnin pätevyyden arvioimiseen sinänsä. Sosiaalityössä retoriikan analyysiä on käytetty erityisesti pro gradu- tasoissa tutkimuksissa. Myös joitakin väitöskirjatutkimuksia on löydettävissä (esim. Raitakari 2006).

Retoriikan analyysissä on olennaista puhuja-yleisösuhte. Tällä viitataan siihen, kuinka argumentaatio ja sen vakuuttavuus rakentuvat suhteessa sen vastaanottajaan. Vastaanottaja sitoutetaan esitettyyn argumenttiin vakuuttavan ja suostuttelevan retoriikan avulla. Retoriikka voidaan jakaa myös hyökkäävään ja puolustavaan retoriikkaan, joista omassa tutkimuksessani keskityn puolustavaan retoriikkaan. (Jokinen 2016, 340, 342). Potterin (1996, 106-107) mukaan retoriikan analyysissä kuitenkin ainakin osa kiinnostuksen kohteesta on sen tarkastelussa, mitä vaihtoehtoisia argumentteja puheella heikennetään. Lähestymistapa vaihtoehtoisten argumenttien heikentämiseen on erilainen puolustavassa ja hyökkäävässä retoriikassa siten, että puolustavan retoriikan painopiste on siinä, miten omaa argumenttia perustellaan ja puolustetaan jo etukäteen siltä varalta, että sen arvoa yritetään heikentää jollakin vasta-argumentilla. Hyökkäävässä retoriikassa taas usein nimenomaisesti keskitytään heikentämään muita argumentteja.

Omassa tutkimuksessani puhuja-yleisösuhteesta on olennaista huomioda se, että sosiaalityöntekijät puhuvat ryhmähaastatteluissa toisilleen kollegoina, sekä minulle haastattelijana, tutkijana ja sosiaalityön opiskelijana. Siten itsemääräämisoikeuden perusteluissa on käytetty sellaisia argumentteja, jotka vetoavat juuri sosiaalityön professioyleisöön. Kyseessä on tällöin Perelmanin mukaan ”erityisyleisö”, joka tarkoittaa sitä, että yleisöllä on lähtökohtaisesti joitakin erityisiä intressejä ja odotuksia, joihin esittäjä voi vedota (Summa 1996, 67-68). Vakuuttavassa argumentaatiossa esittäjän tuleekin valita sellaisia lähtökohtia, jotka saavat riittävän hyväksynnän yleisön joukossa. Myös arvoilla on oma roolinsa argumentaatiossa. (Perelman 1996, 28, 34-35.) Tulkitsen haastateltavien esittävän näkemyksiään ensisijaisesti sosiaalityöntekijöinä. Katson tämä kontekstin tärkeäksi, sillä meillä kaikilla on jokin sosiaalinen rooli ja tähän liittyvät odotukset tietyissä tilanteissa (Billig 1996, 42-43). Kun haastateltavat puhuvat sosiaalityöntekijöinä, muodostuu heille yleisöksi haastattelijan, eli minun, sekä toisiensa lisäksi myös muu laajempi sosiaalityön yhteisö, joka jakaa tietyt yhteiset eettiset periaatteet ja ideaalit. Retoriikan analyysissä on

tunnistettava, että tietyn argumentaation retoriset keinot eivät välttämättä toimi kaikissa tilanteissa ja yhteyksissä samalla tavalla, koska argumentti on aina sidottu tiettyyn sosiaaliseen tilanteeseen ja toimintaan. Siten haastateltavieni argumentit rakentuvat haastattelutilanteeseen, jolla on tietty funktio ja tietty yleisö. Ei siis voida olettaa, että niitä käytettäisiin samalla tavoin muissa käyttöyhteyksissä. (Jokinen 2016, 343.) Oletan, että sosiaalityöntekijät perustelevat toimintatapaansa tai näkemyksiään erityisesti sellaisissa tilanteissa, jotka ovat vastoin sosiaalityössä pidettyjä ideaaleja. Retorisessa analyysissä huomio ei siis ole vain retoriikassa, vaan siinä, miten ja missä yhteydessä retorisia keinoja käytetään. Siten en vain erittele analyysissä havaitsemiani retorisia keinoja, vaan pohdin myös sitä, mitkä ovat niiden käytön tarkoitus ja funktio. Olennaista ei niinkään ole, onko retoristen keinojen käyttö tietoista vai ei. (Jokinen 2016, 343.)

Kaiken kaikkiaan retorinen analyysi keskittyy merkityksenantoon, ja tähän liittyviin vakuuttelun ja suostuttelun keinojen erittelyyn (Jokinen & Juhila 2016, 291). Asioilla ei kuitenkaan ole itsessään merkitystä, vaan merkitykset rakentuvat kontekstisidonnaisesti. Merkityksellä on myös aina jokin viesti ja tavoite. Tämän viestin ymmärtämiseen vaikuttaa se, millaista tietoa tai millaisia kokemuksia vastaanottajalle on aiemmin aiheesta kertynyt. Riskinä on, että vastaanottaja ymmärtää viestin väärin. (Moilanen & Räihä 2015, 52-53.) Työkokemukseni psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä voi siis auttaa minua aineiston analyysissä. Toisaalta haasteena on pysyä riittävän avoimena haastateltujen antamille merkityksille, ja samalla olla tulkitsematta sanomaa vain omien kokemusteni kautta. Argumentaation analysoimisessa tulkinnallisuutta ei kuitenkaan voida sulkea kokonaan pois (Perelman 1996, 16). Seuraavassa esittelen retoriset keinot, joiden käyttöä tarkastelen analyysissäni.

Retoriset keinot

Olen tutustunut retorisia keinoja opiskellessani sekä suomalaiseen että kansainväliseen kirjallisuuteen (mm. Jokinen 2016; Potter 1996; Perelman 1996; Billig 1996). Analyysissäni käytän apuna Jokisen (2016) erittelemiä retorisia keinoja, jotka ovat hänen mukaansa nousseet toistuvasti esiin empiirisissä tutkimuksissa vakuuttamisen keinoina. Koen kyseisen esitystavan retorisista keinoista konkreettiseksi ja selkeäksi. Erittely perustuu Jokisen jäsennyksen lisäksi erinäisiin muihin lähteisiin ja klassikkoteoksiin (ks. tarkemmin Jokinen, 2016). Siksi olen itsekin tutustunut myös muihin retorisia keinoja koskeviin lähteisiin luodessani käsitystä aiheesta.

Retoriset keinot voidaan jakaa esittäjään ja esitettyyn argumenttiin liittyviksi. *Esittäjään* liittyvät retoriset keinot luovat argumentin esittäjästä luotettavaa kuvaa. Tällaisia keinoja ovat etäännyttäminen, puhujakategoria, liittoutumisaste sekä konsensus ja asiantuntijatieto. *Esitettyyn*

argumenttiin liittyvät keinot pyrkivät taas saamaan esitetyn argumentin näyttämään kannatettavalta ja oikeutetulta. Tässä retorisia keinoja ovat tosiasiapuhe, kategoriat, yksityiskohdat ja kertomukset, määrällistäminen, metaforien käyttö sekä ääri-ilmaisut. Muita kumpaankaan ryhmään kuulumattomia retorisia keinoja ovat kolmen lista, kontrasti, toisto ja vasta-argumentilta suojautuminen. (Jokinen 2016, 344-367.) Jätän analyysistäni pois esittäjään liittyvien retoristen keinojen tarkastelun sekä viimeiseksi mainitut kumpaankaan retoristen keinojen ryhmään kuulumattomat retoriset keinot analyysin rajaamiseksi. *Tarkastelen analyysissä siis vain esitettyyn argumenttiin liittyviä retorisia keinoja.* Seuraavaksi esittelen tarkemmin niitä retorisia keinoja, joita erittelen osana suhteellisen autonomian diskurssien analyysiä.

Ensimmäisenä retorisena keinona on *tosiasiapuhe*. Tällä viitataan puhetapaan, jossa jokin asia, tapahtuma tai toiminta yritetään saada näyttämään kiistattoman todelta tosiasialta. Faktojen rakentamisessa käytetään erilaisia kieliopillisia ratkaisuja, kuten passiivimuotoa, joilla saadaan rakennettua ”persoonaton” kuvaus. Tästä esimerkkinä kuvas ”tulokset näyttävät”. Tällöin ”faktalla” on ikään kuin oma toimijuus. (Potter 1996, 157-158; myös Jokinen 2016, 352-353.) Passiivimuodon käyttäminen tai kieliopillinen persoonattomuus on käytössä erityisesti uutisoinnissa (Potter 1996, 155). Toisaalta faktoja tuottava puhetapa on tyypillistä myös tieteessä ja politiikassa (Jokinen 2016, 351-352). Koska retoriikan analyysissä ei keskitytä vain kieliopilliseen analyysiin, tulee myös pohtia, mitä tosiasiapuheella tehdään vuorovaikutuksessa ja mitä sillä kulloinkin tavoitellaan. Sen lisäksi, että sillä oikeutetaan argumentteja niiden ”tosiasiallisuudella”, faktojen esittäminen tuottaa myös vaihtoehdottomuuspuhetta. Tämä toimii luonnollisesti yhtenä argumentin vakuuttavuutta tehostavana keinona. Vaihtoehdottomuutta rakennetaan tietynlaisella kielenkäytöllä, jolla rakennetaan kuva siitä, että vain yksi ja tietty toimintatapa on mahdollinen tai järkevä. Keinona voi olla muun muassa pakkoa tai varmuutta ilmaisevien sanojen käyttö. (Jokinen 2016, 352.) Tulkintani mukaan tosiasioita luodaan myös esimerkkien avulla. Esimerkkien avulla tapahtuvassa argumentoinnissa luodaan kuva säännönmukaisuudesta, ja otetaan etäisyyttä siihen, että esimerkissä esitetty asia olisi ainutkertainen tai juuri siihen kontekstiin sidottu (Perelman 1996, 120). Säännönmukaisuudella taas luodaan kuva jatkuvuudesta ja samalla asian tosiasiallisuudesta.

Seuraava retorinen keino on *kategorioiden käyttö*. Tätä voisi kutsua myös kategorisoinniksi. Kategorioita rakennetaan kielenkäytön avulla. Tavalla, jolla kuvailemme tapahtumia, asioita tai ihmisiä, on rooli kategorisoinnissa. Kuvailu muodostaa jonkin asian joksikin: se tekee siitä siis asian, jolla on tiettyjä ominaisuuksia. (Potter 1996, 111, 177-187). Jokisen (2016, 354) mukaan kategorioita voidaan tarkastella seuraavista näkökulmista: miten kategoria on luotu, mitä kategoria sisältää ja miten niitä käytetään. Potterin mukaan kategorisoinnissa on tärkeintä nimenomaan tämä viimeinen

kohta eli se, miten kategoriaa käytetään ja mitä sillä tehdään puheessa tai teksteissä (Potter 1996, 183). Potter (1996, 177) esittää asian seuraavasti: ”*It is through categorization that the specific sense of something is constituted*”. Myös kategorisoinnissa terminologian käytöllä luodaan erilaisia mielikuvia, odotuksia ja ominaisuuksia kyseessä olevasta asiasta (Jokinen 2016, 355). Esimerkiksi mielenterveyspotilaan kategoria luultavasti herättää meissä erilaisia mielikuvia suhteessa itsemääräämisoikeuden harjoittamisen kapasiteettiin kuin mielenterveyskuntoutujan tai toipujan kategoria. Kategorian valinnalla on siis merkitystä sen suhteen, millainen kuva kyseessä olevasta asiasta halutaan luoda, ja retoriikassa tätä käytetään argumentin vakuuttavuuden lisäämiseksi. Kategorisoinnilla voi olla ikäviäkin seurauksia. Esimerkiksi asiakkuus tietyssä palvelussa voi rakentua pitkälti sen varaan, minkälaiseen ongelmakategoriaan asiakkaan tilanne on luokiteltu (Jokinen 2016, 355-356). Sosiaalipsykologiassa, ja erityisesti sen kognitiivista tutkimushaaraa painottavassa lähestymistavassa, kategorisointi nähdään perustavanlaatuisena osana ihmisen ajatteluna, ja stereotypiat nähdään yhtenä kategorisoinnin tuloksena (Billig 1996, 150-154, 156). Siten kategoriat sisältävät myös stereotypioita, ja päinvastoin. Kategorisointi ja kategoriat ovat myös sosiaalityön tutkimuksessa tunnistettu aihepiiri. Omassa tutkimuksessani keskityn kuitenkin vain siihen, miten kategorisointia käytetään haastattelupuheessa retorisenä keinona lisäämään diskurssien sisältämien argumenttien uskottavuutta ja oikeutusta tietyn oletetun yleisön silmissä.

Yksityiskohdat ja kertomukset ovat yksi retorinen keino. Narratiivi voidaan luoda eri tavoin kertojanäkökulman valinnan kautta. Kertoja voi olla esimerkiksi ”kaikkietävä”, tai tarina voidaan rakentaa yksilön yksityiskohtaisten kokemusten kautta. (Potter 1996, 164.) Yksityiskohtaisella kertomuksella voidaan saada vastaanottaja osaksi tarinaa siten, että hän on ikään kuin tapahtumien näkijänä ja kokijana (Potter 1996, 117; Jokinen 2016, 356). Seuraavan retorisenä keinona on *metafora*. *Metaforilla* voidaan luoda erilaisia mielikuvia, ja siksi tämä arkipäiväisenäkin pidetty kielenkäytön muoto nähdään myös retoriikan välineeksi. Metaforat ovat monimerkityksellisiä, joten niitä tulkitakseen täytyy huomioida asiayhteys (Jokinen 2016, 360-362, ks. myös Potter 1996). Nähdäkseni metafora ei ole kuitenkaan jokaisen tilanteeseen sopiva argumentin vakuuttamiskeino juurikin sen arkikielisyyden vuoksi. Heikkoudeksi voi myös osoittautua metaforan monitulkintaisuus tai se, ettei kuulija tunne tai ymmärrä metaforaa.

Määrällistäminen eli kvantifiointi on myös retorinen keino. Määrällistäminen voi olla joko numeerista tai ei-numeerista. Numeroiden käyttö luo kuvan mittavissa olevasta, selkeästä tiedosta. (Jokinen 2016, 358.) Nähdäkseni määrällistäminen ja *ääri-ilmaisut*, joka on yksi retorinen keino, kietoutuvat monesti toisiinsa. Esimerkiksi ilmaisut aina ja ei koskaan voivat olla samaan aikaan määrällistämistä ja ääri-ilmaisua. Ääri-ilmaisuilla voidaan vahvistaa (maksimointi) tai heikentää

(minimointi) johonkin asiaan, tilanteeseen tai toimintaan liittyviä piirteitä (Potter 1996, 187-191). Ääri-ilmaisussa käytetään siis usein kvantifiointia sekä tietynlaista terminologiaa, jolla saadaan aikaan tietty mielikuva (Potter 1996, 188-194). Ääri-ilmaisuilla (esim. ei mitään, täysin, koko[naan]) voidaan lisätä asian vakavuutta tai toisaalta rakentaa kyseessä olevasta asiasta vastaansanomaton kuva ja kiistaton tosiasia. Lisäksi ääri-ilmaisuilla, kuten esimerkiksi joka kerta, aina, koko ajan, ei koskaan), voidaan rakentaa kuva säännönmukaisuudesta. Ääri-ilmaisuja ei kuitenkaan kannata käyttää liikaa, sillä tällöin kertoja voidaan helposti tulkita liioittelijaksi. (Jokinen 2016, 363-364.)

Retorisilla keinoilla voidaan vaikuttaa monilta osin siihen, millaiseksi jokin asia, toiminta tai tapahtuma tulkitaan. Erilaisia kuvailemisen tapoja käyttäen nämä voidaan saada näyttämään esimerkiksi säännönmukaiselta tai poikkeukselliselta, sitoa näihin joitakin pysyviä ominaisuuksia ja piirteitä, tai saada nämä näyttämään jonkin tilanteen tai olosuhteiden tuotoksiksi, eikä niinkään pysyviksi. Apuna ovat erilaiset kielelliset keinot, kuten toistuvuutta kuvaavien verbien, monikkomuodon tai aikaa, tapaa ja määrää kuvaavien adverbien käyttö. (Potter 1996, 199.) En näe tutkimuksessani retorisia keinoja kuitenkaan ”manipulaation” välineenä, jolla vastaanottaja saataisiin uskomaan lähes mitä tahansa, vaan tulkitsen ne nimenomaan keinoiksi vahvistaa ja oikeuttaa näkemyksiä kulloisestakin tavasta toteuttaa ja huomioda potilaan itsemääräämisoikeutta, sekä vakuuttaa vastaanottaja näiden tarkoituksenmukaisuudesta ja välttämättömyydestä annetussa tilanteessa.

4.3 Analyysin vaiheet

Analyysilleni on luonut pohjaa aiempi aiheesta tehty tutkimus. Tällä viitataan luvussa kaksi määrittelemiini tutkimuksen teoreettisiin ja käsitteellisiin sitoumuksiin eli individualistiseen ja paternalistiseen lähestymistapaan itsemääräämisoikeudesta sekä suhteellisen autonomiaan. Näihin liittyvät ymmärystavat ovat taustavaikuttajina analyysini tekemisessä, ja tämä aikaisempi tieto on auttanut diskurssien tunnistamisessa. Diskurssianalyysi ei tarjoa analyysiin mekaanisesti noudatettavissa olevaa tekniikkaa, minkä vuoksi analyysiin rakennetut ja siinä käytetyt tulkintatavat tulee perustella tutkimuksessa (Suoninen 2016, 61-62). Aloitin aineiston analyysin lukemalla useaan otteeseen läpi haastatteluista laatimiani litteraatioita. Kun aineisto oli tullut tutuksi, aloin alleviivata aineistosta kohtia, joissa sosiaalityöntekijät puhuivat itsemääräämisoikeudesta tavalla, jossa itsemääräämisoikeus ei näyttäytynyt selkeältä tai yksiselitteiseltä asialta, vaan läsnä oli tarve pohtia ja perustella potilaan (heikkoa) itsemääräämisoikeuden harjoittamista ja sen mukaisia sosiaalityön

toimintatapoja. Havaitsin, että näissä tilanteissa sosiaalityöntekijän toiminta- tai ratkaisutapa ei vastannut sosiaalityön ammatillisia odotuksia potilaan individualistisen itsemääräämisoikeuden jakamattomasta kunnioittamisesta.

Luin alleviivaamiani kohtia aineistosta useaan otteeseen samalla edelleen karsien pois sellaisia kohtia, jotka olin alun perin ajatellut liittyvän tutkimusaiheeseeni, mutta tarkemmin tarkasteltaessa ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseeni tai olivat liian laveasti ja abstraktisti tutkimuskysymystäni käsitteleviä. Selkeästi vahvaa itsemääräämisoikeuden kunnioittamista kuvastavat tilanteet eivät näyttäneet vaativan perustelua tai selitystä sille, miksi kyseiseen tilanteeseen potilastyössä kulloinkin on päädytty, joten rajasin tällaiset kohdat analyysin ulkopuolelle. Havaitsin jäljelle jäävistä otteista tietynlaisia puhetapoja, jotka tulkitsin tavoiksi merkityksellistää suhteellista autonomiaa. Näissä puhetavoissa ilmenivät itsemääräämisoikeuden määrittelyn epävarmuus, neuvoteltavuus ja vaihtuvuus. Tarkasteluni kohteeksi päätyneet otteet käsittivät joko yksittäisen haastateltavan koko puheenvuoron tai vain osan siitä.

Tulkitsin alleviivaamieni aineisto-otteiden puhetavoissa samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Niissä korostuivat tietyt teemat, ja puhetavoista oli hahmoteltavissa avainsanoja. Kävin otteita useaan kertaan tarkasti läpi kirjoittaen ylös kommentteja ja miettien, mikä merkitys kussakin kohdassa korostuu. Lopulta loin kolme erilaista merkityskokonaisuuden ryhmittymää, joille annoin nimet. Kutsun näitä merkitysryhmiä diskursseiksi. Laatimani diskurssit vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni siitä, millaisia diskursseja sosiaalityöntekijät tuottavat suhteellisesta autonomiasta. Diskurssit ovat: *huolenpidon diskurssi*, *riskipuheen diskurssi* ja *viimesijaisuuden diskurssi*.

Huolenpidon diskurssiin liittyvistä otteista on tunnistettavissa nimensä mukaisesti huolenpitoon liittyviä merkityksiä. Tämä on myös vahvin aineistossa esiintyvä diskurssi. Potilaan etu, psyykkinen vointi sekä heitteillejätto ovat huolenpidon diskurssin avaintermejä. Kaiken kaikkiaan diskurssissa korostuu tarve pitää potilaasta huolta tilanteessa, jossa hän ei itse tätä pysty sairaudestaan johtuen tekemään. *Riskipuheen diskurssissa* on läsnä jonkinlainen riski, ja tarve puuttua tähän. Riskiä pyritään joko ennaltaehkäisemään tai puuttumaan jo toteutuneeseen kriisitilanteeseen. Diskurssissa korostuu ajatus vahingon ja tilanteen huonontumisen välttämisestä. *Viimesijaisuuden diskurssissa* on läsnä vaihtoehdottomuus. Potilaan asioiden hoitamiseksi ja selvittämiseksi on yritetty kaikenlaista tuloksetta. Diskurssia kuvastaa nimensä mukaisesti viimesijaisuus, jota sosiaalityöntekijät toivat esiin kuvauksilla siitä, kuinka kaikki ensisijaiset keinot on käytetty tilanteen eteenpäin viemiseksi ja selvittämiseksi.

Diskurssit syntyvät tulkinnan tuloksena tutkijan, aikaisemman kirjallisuuden ja aineiston välisestä vuoropuhelusta, eivätkä aineiston raakamateriaalin mekaanisesta kirjaamisesta. (Jokinen, Juhila, Suoninen 2016, 35). Siten laatimani diskurssit ovat syntyneet tulkinnoista ja ajatuksista, joita on herännyt käydessäni aineisto-otteita läpi. Myös aiheesta aiemmin tehty tutkimus ja tutkimukseni teoreettiset lähtökohdat ovat vaikuttaneet tulkintoihini. Osasta aineisto-otteista oli helppo nähdä näytteinä tietystä diskurssista. Osassa otteista oli samaan aikaan läsnä useamman diskurssin piirteitä. Päädyin nimeämään aineisto-otteet sen diskurssin mukaan, mihin viittaava puhetapa vaikutti otteessa vahvimmalta. Diskurssien nimet muodostin ytimekkäästi siten, että ne kuvastaisivat diskurssin perusideaa. Diskurssien erottamisessa toisistaan auttoivat diskursseittain ilmenneet avainsanat, eli tietyssä diskurssissa oli löydettävissä sille tunnusomaista käsitteistöä. Itsemääräämisoikeuden muoto vaihtelee yksittäisen diskurssin sisällä, eikä niinkään diskurssien välillä. Siten en ole erotellut kolmea diskurssia sen mukaan, onko potilaan itsemääräämisoikeutta rajattu vai kunnioitettu. Olen erotellut diskurssit erilaisten suhteellisen autonomian *perustelutapojen* mukaan. Tällä viitataan siihen, että kaikissa diskursseissa on omat tyypilliset tapansa perustella ja oikeuttaa potilaan itsemääräämisoikeutta.

Suosin aineisto-otteiden valikoinnissa sellaisia kohtia, joissa sosiaalityöntekijät kuvasivat konkreettisesti omassa työssään hoitamiaan potilastilanteista. Tulkintani mukaan kuvatessaan potilastapauksia ja niiden eri vaihteita, sosiaalityöntekijät joutuivat perustelemaan ja oikeuttamaan tarkemmin sitä, miksi ovat toimineet tietyn potilaan kanssa tietyssä tilanteessa tietyllä tavalla. Pelkät yleisluontoiset näkemykset psykiatrisesta sosiaalityöstä ja potilaan itsemääräämisoikeudesta eivät nähdäkseni vaatineet yhtä paljon argumentointia potilaan itsemääräämisoikeuden ristiriitaisuuksista, kuin omista käytännön potilastapauksista kertominen. Tämän mukaisesti karsin aineisto-otteita pois, vaikka aineistossa olisi ollut enemmänkin mielenkiintoisia itsemääräämisoikeutta käsitteleviä puheenvuoroja. Lisäksi karsin pois sellaisia otteita, joissa ei ollut havaittavissa tarpeeksi selkeästi yhtä kolmesta määrittelemästäni diskurssista, mutta jotka eivät toisaalta itsessään olisi muodostaneet uutta diskurssia. Hyviä, ”malliesimerkin” mukaisesti diskursseja ilmentäviä aineisto-otteita oli lopulta yhteensä 32. Näistä otteista huolenpidon diskurssiin sisältyi hieman alle puolet. Riskipuheen ja viimesijaisuuden diskurssia oli aineistosta tunnistettavissa suunnilleen saman verran. Tarkemmassa analyysissä luvussa 5 käsittelen jokaisesta diskurssista kolmea aineisto-otetta.

Ennen analyysiin siirtymistä vielä muutama sana aineiston kontekstista. Kaikki haastatteleman sosiaalityöntekijät työskentelevät sellaisilla osastoilla, joilla osa potilaista on psykiatrisessa sairaalahoidossa tahdostaan riippumatta. Tämä konteksti täytyy huomioida myös analyysissä, sillä nähdäkseni autonomiaan liittyvät pohdinnat korostuvat juurikin niissä tilanteissa, joissa potilas on

tahdosta riippumattomassa hoidossa. On myös tärkeää ymmärtää, että potilaan hoito on prosessi, jonka vuoksi myös itsemääräämisoikeuden harjoittamisen kysymykset hahmottuvat eri tavalla prosessin eri vaiheissa. Esimerkiksi sairaalaantulovaiheessa potilaalla saattaa olla huonon psyykkisen vointinsa puitteissa pienemmät mahdollisuudet itsemääräämisoikeuden käyttämiseen tai toteuttamiseen verrattuna hoidon loppuvaiheeseen. Siten itsemääräämisoikeuden toteuttamisen muoto ei oletettavasti ole staattinen koko hoidon ajan, ja se voi myös vaihdella kyseessä olevan asian mukaan.

5 Suhteellisen autonomian diskurssit ja niiden perustelut

Tässä luvussa esittelen ja erittelen ne kolme diskurssia, jotka olen aineistosta tunnistanut. Nämä vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni *Millaisia diskursseja sosiaalityöntekijät tuottavat psykiatrisen potilaan suhteellisesta autonomiasta?* Olen valinnut jokaisesta diskurssista kolme aineisto-otetta, joita analysoin retorisen diskurssianalyysin keinoin. Tällä saan vastauksen toiseen tutkimuskysymykseeni, *Miten diskursseissa käytettyjä argumentteja vahvistetaan tietyillä retorisilla keinoilla?* Olen poistanut joistakin aineisto-otteista täytesanoja analyysin ja luettavuuden helpottamiseksi. Poistin otteista myös kohdat, joiden tulkitsin kertovan liian tunnistettavalla tavalla kyseessä olevasta potilastapauksesta, sekä kohdat, jotka eivät olleet mielestäni olennaisia analyysin näkökulmasta. Olen merkinnyt nämä kohdat kahdella viivalla (--). Kutsun analyysissä haastateltavia koodilla *H1* (*haastateltava 1*), *H2* (*haastateltava 2*) ja niin edelleen. Tutkijan puheenvuoro on merkattu koodilla *T*.

Pohdin aineisto-otteita ennen kaikkea potilaan itsemääräämisoikeuden näkökulmasta. Tällä tavalla linkitän aineiston analyysiä tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Tulkitsen, millaiselta suhteellinen autonomia näyttäytyy sosiaalityöntekijöiden argumentoinnissa, eli miltä potilaan itsemääräämisoikeuden muoto ja potilastilanteissa käytetyt toimintatavat näyttäytyvät. Kuten luvussa 2.3 kerroin, tässä tutkimuksessa suhteellinen autonomia kuvastaa kokonaisuudessaan kaikenlaisia itsemääräämisoikeuden muotoja. Aloitan analyysini aineiston vahvimmasta diskurssista, eli huolenpidon diskurssista. Tämän jälkeen siirryn riskipuheen diskurssiin, ja lopuksi käsittelen viimesijaisuuden diskurssia.

5.1 Huolenpidon diskurssi

Sosiaalityön ammatillisiin ja eettisiin perinteisiin on jo profession syntyajoilta alkaen kuulunut heikossa asemassa olevien auttaminen (Harrikari & Rauhala 2019, 73-102). Auttamisen lisäksi sosiaalityöhön liittyy huolenpidon ulottuvuus. Huolenpitoa voi kuvata sosiaalityössä niin sanotusti huolta pitäväksi auttamiseksi, joka viittaa sen varmistamiseen, että yhteiskunnallinen apu tavoittaa sen tarpeessa olevat ihmiset. (Juhila 2006, 151-200.) Tutkimukseni kontekstissa nuo heikommassa asemassa ja avun tarpeessa olevat ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa olevia potilaita, joiden psyykkinen sairaus on ainakin hetkellisesti haastavassa tai vaikeassa vaiheessa. Osalla sairastaminen on pitempiäikaista, ja osa saattaa tarvita säännöllistä apua ja tukea esimerkiksi sosiaalisessa

toimintakyvyn edistämiseksi. Suljettua osastohoitoa tarjoavaan psykiatriseen sairaalaan päätyneiden potilaiden psyykkinen vointi on oletetusti siinä määrin huonoa, että he voivat olla ainakin joillakin elämän osa-alueella hetkellisesti tai pidempiaikaisesti huolenpidon tarpeessa. Sosiaalityöntekijät viittasivat aineistossa potilaan huonoon psyykkiseen vointiin usein ”realiteetin” käsitteellä, joka tarkoittaa potilaan todellisuudentajun ja ymmärryksen tasoa. Erityisesti huolenpidon diskurssissa sosiaalityöntekijät kuvasivat, kuinka ”potilas ei ole realiteeteissa” viitaten siihen, että potilaan todellisuudentaju on vääristynyttä esimerkiksi harhaluulojen tai paranoidisuuden vuoksi, eikä potilas pysty käsittelemään tai ymmärtämään asioita, eikä siten hoitamaan asioitaan tarkoituksenmukaisella tavalla.

Huolenpidon diskurssissa potilaat ovat lähtökohtaisesti sairaan asemassa, ja siten korostetaan myös ammattilaisten ja sosiaalityöntekijöiden velvollisuutta huolenpitoon. Tämä velvollisuus näyttää tulevan erityisesti esiin tilanteissa, jotka saavuttavat sellaisen ”vakavuuden tason”, että näihin puuttumatta jättämisestä seuraisi laiminlyönti tai heitteillejätto. Huolenpidon diskurssin käyttö korostuu erityisesti niissä tilanteissa, joissa haetaan ratkaisua potilaan asumistilanteeseen eli kysymykseen siitä, missä potilaan tulisi nykytilanteessa sairaalasta kotiutuessaan asua. Itsenäisen asumisen edellytysten arviointi ja asumispalvelun järjestämiseen liittyvät selvittelyt ovat olennainen osa psykiatrian sosiaalityötä (Pirttijärvi 2013, 94-100). Huolenpidon diskurssissa avainsanoina toistuvat seuraavat ilmaukset: potilaan psyykkinen vointi, potilaan etu ja heitteillejätto.

Kohti potilaan etua

Alla esitettyä otetta edeltävästi sosiaalityöntekijät keskustelivat tilanteista, joissa sosiaalityöntekijän ja hoitohenkilökunnan toiminta- tai ratkaisuehdotukset eroavat potilaan näkökulmasta. H1 toteaa, että kokee sellaiset tilanteet haastaviksi ja välillä stressaaviksi, joissa potilaan kanssa ei päästä huonon psyykkisen voinnin vuoksi yhteistyöhön moneen viikkoon, eikä potilaalla ole esimerkiksi omaisia, joilta voisi tarkistaa potilaan asumistilannetta tai laskujen maksua. Seuraavassa otteessa sosiaalityöntekijä kertoo, miten on ratkaissut samankaltaisen tilanteen.

H1: Joskus oon joutunut ratkasemaan sen niin että oon sitten miettiny et mikä on sen potilaan etu ja ilman niinku varsinaista lupaan ni oon voinut ehkä soittaa jollekin isännöitsijälle tai Kelaan ja vähän kysellä sitä asiaa ja sitten oon kirjannu sen et kyseessä on potilaan etu, et jos se kestää viikkoja ja viikkoja ja tietää et nyt sitten tästä seuraa potilaalle hankaluuksia.

Aineisto-otteessa esitetään argumentti siitä, että sosiaalityöntekijän on toimittava joissakin tilanteissa ilman potilaan lupaa. Sosiaalityön ammatilliseettisissä ohjeissa (Talentia 2017) korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Koska tulkitsen haastateltavien puhuvan ensisijaisesti sosiaalityöntekijöinä, argumentin taustaoletuksena voidaan pitää sosiaalityön arvoihin perustuvia käytäntöjä. Näitä vasten myös toimintaa ja ratkaisuja perustellaan. Taustaoletuksena itsemääräämisoikeudesta on, että ilman potilaan suostumusta ei saa toimia. Tätä vasten sosiaalityöntekijä rakentaa argumentointinsa. Potilaan etu toimii perusteluna ja oikeutuksena toimimiselle vastoin potilaan itsemääräämisoikeutta.

Väitteen vakuuttavuutta lisää käytetty tosiasiapuhe, joka on retorinen keino. Sosiaalityöntekijä ”*tietää et nyt sitten tästä seuraa potilaalle hankaluuksia*”. Hänellä on tieto siitä, että asioiden hoitamatta jättämisestä seuraisi potilaalle hankaluuksia. Vastaanottajalle tilanteeseen puuttuminen näyttää jopa odotetulta toiminnalta, sillä muutenhan potilaalle seuraisi hankaluuksia. Sosiaalityöntekijän toimiminen potilaan edun mukaisesti, vaikka se edellyttäisikin toimimista ilman varsinaista lupaa ja täten potilaan itsemääräämisen kaventamista, näyttäytyy kyseisessä tilanteessa oikeutetummalta vaihtoehdolta ja ”pienemmältä pahalta” siihen verrattuna, että potilaalle koituisi pitkäaikaista haittaa sen vuoksi, ettei ole pystynyt kyseisenä hetkenä hahmottamaan omaa etuaan antamalla sosiaalityöntekijälle lupaa toimia asiassaan.

Määrällistämisellä sosiaalityöntekijä vahvistaa näkemystä tilanteen huolestuttavuudesta. Potilaan asiat menevät entistä enemmän solmuun, kun asiat jätetään hoitamatta pitkäksi aikaa. Tätä kuvaa toteamus ”*et jos se kestää viikkoja ja viikkoja*”, jolla sosiaalityöntekijä viittaa potilaan huonoon psyykkiseen vointiin ja kykyyn osallistua asioiden realistiseen pohtimiseen tai hoitamiseen. Huonon psyykkisen voinnin pitkäaikaisuus tuo vakuuttavuutta argumentille eli sille, että sosiaalityöntekijän on toimittava ilman potilaan lupaa. Toisaalta kuvaamalla potilaan psyykkisen huonovointisuuden pitkäaikaisuutta luodaan myös psyykkisesti huonovointisen potilaan kategoriaa.

Puheesta on tunnistettavissa potilaan edun kategoria retorisenä keinona. Kategorialla saadaan vastaanottaja pohtimaan ja tekemään erilaisia olettamuksia potilaan parhaasta, ja luomaan mielikuvia siitä, mitä potilaan etu on. Kyseisessä oteesta potilaan edun tavoittelemisen tarkoituksena on, ettei potilaalle seuraisi hankaluuksia asioiden hoitamatta jättämisestä. Potilaan etu siis on, että asiat tulevat hoidetuksi. Nähdäkseni yleisesti ottaen potilaan etu ei ole käsitteenä yksinkertainen tai sisällöltään selkeä. Sosiaalityöntekijä toteaaakin, että on joutunut pohtimaan, mitä potilaan etu on. Potilaan edun kategoriaa käyttämällä puhutaan pois sen vastakategoriaa, eli epäedullisuutta, jonka mukaisesti ei

tietenkään olisi tarkoituksenmukaista toimia. Tällä tavoin itsemääräämisoikeuteen puuttuminen ja potilaan hyväksi toimiminen tehdään osaltaan oikeutetuksi.

Puheesta on havaittavissa huolenpidon diskurssin mukainen puhe potilaan edusta. Se on kantava peruste, jolla oikeutetaan interventio ja ilman potilaan lupaa toimiminen. Myös potilaan huonoa psyykkistä vointia käytetään perusteluna, mutta tulkitsen tässä kohtaa potilaan edun olevan kantavampi peruste. Retorisina keinoina ovat tosiasiapuhe, määrällistäminen ja kategorian käyttö. Sosiaalityöntekijä käyttää pehmentäviä ilmaisuja, kuten ”*ehkä soittaa*” ja ”*vähän kysellä*”, jotka luovat eräänlaista epävarmuuden tuntua otteen argumentin vakuuttavuuteen. Tällaisten epävarmuutta ilmaisevien ilmaisujen käytön tulkitsen liittyvän eettiseen dilemmaan siitä, miten pitäisi toimia. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on sosiaalityössä niin vahva ideaali, että sitä vastoin toimimista ei haluta korostaa. Ote ei ole kaikkein havainnollistavimmasta päästä, sillä siinä ei avaudu kovin tarkasti lukijalle esimerkiksi tilanteen taustat tai se, onko potilaan kanssa käyty asiasta keskusteluita tai millaisia nämä ovat olleet. Tulkitsen tässä kohtaa toimintatavan huolenpitona, jossa potilaan etu ylittää hänen oikeutensa tehdä (epäedullisia) valintoja ja vastata omista asioistaan. Suhteellisen autonomian näkökulmasta tulkittuna hetkellisellä itsemääräämisoikeuteen puuttumisella on voitu vahvistaa potilaan autonomista toimijuutta ehkäisemällä esimerkiksi asumisen ongelmat kuten häätö tai taloudelliset vaikeudet ja velkaantuminen.

Potilaan tahto vs. heitteillejättö

Seuraava ote kertoo tilanteesta, jossa potilasta ei ole voitu kotiuttaa haluamaansa asumismuotoon. Edeltävästi H1 kuvaili potilastapausta, jossa potilaan asunto oli asumiskelvottomassa kunnossa, eikä potilaalla ollut enää itsenäiseen asumiseen vaadittavia taitoja. H3 jäi pohtimaan, että päästäänkö asumisasioiden suhteen yleensä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen. Mielenterveysongelmat ovat usein pitkäaikaisia, ja voivat sisältää oireiden kannalta tasaisten vaiheiden lisäksi myös huonoja vaiheita. Psykiatristen potilaiden täytyy monissa tapauksissa rakentaa elämäänsä uudella tavalla sairauden kanssa. (Spearman 2005, 61.) Jossakin tilanteissa esimerkiksi itsenäinen asuminen ei enää onnistu

H3: -- meillä on ollu sellasia tapauksia jossa potilasta ei oo todellakaan kuunneltu, ei oo voitu kuunnella yksinkertaisesti koska ne puheet on aivan täysin psykoottisia. Sellasia puheita missä ei ole yhtään päätä eikä häntää, niin me ollaan tehty ihan vasten potilaan toivetta. Hän on toivonut kotiutuvansa (kaupungin nimi) keskusta oman vuokrayksioon. Hän ei ole ymmärtääkseni kymmeneen vuosiinkaan asunut itsenäisesti - kyllä me hänelle tilattiin taksi ja kuljetettiin hänet tuohon (asumisyksikön nimi ja

sijainti) tehostettuun palveluasumiseen että kyllä, kyllä me ollaan tehty näin että kun oikeesti miettii hänen kanssaan voi sanoa että ei ollu asioista, ei pystynyt oikeestaan juurikaan, hetken pysty keskustelemaan, mutta koska kunta suostu siihen, kun kunnan mielestä se oli ok jos saadaan joku paikka järjestymään hänelle niin näin me kyllä toimittiin ja kyl mä ajattelen, että sellanen ihminen joka tarttee kuitenkin ympärivuorokautisesti hoitoa niin kyl se ois ollu heitteillejätö jättää tai laittaa sinne (kaupungin nimi) keskustaan yksin vuokra-asuntoon.

Puheesta on luettavissa argumentti siitä, että vastoin potilaan tahtoa on toimittava, mikäli kyseessä olisi muutoin heitteillejätö. Sosiaalityöntekijä joutuu perustelemaan omaa näkökantaansa, sillä lähtökohtaisesti potilaan tahtoa tulee kunnioittaa. Peruslähtökohtana siis on, että aikuisen ihmisen tulisi voida itse valita ja päättää asuinpaikastaan. Potilaan huono psyykkinen vointi toimii oikeutuksena ja perusteluna sille, että tätä ideaalia ei voida noudattaa.

Argumentin vakuuttavuutta on lisätty käyttämällä ääri-ilmaisuja. Sosiaalityöntekijä kuvaa potilaan puheiden olevan ”täysin psykoottisia”, jonka vuoksi potilaan kanssa ei päästä kunnolliseen vuorovaikutukseen. Tätä sosiaalityöntekijä havainnollistaa vielä kohdassa ”ei ollu asioista, ei pystynyt oikeestaan juurikaan, hetken pysty keskustelemaan”. Sosiaalityöntekijä toteaa, kuinka potilasta ”ei oo voitu kuunnella”. Tämä esitetään faktana, ja tätä seuraavat itsemääräämisoikeuteen puuttuvat toimet ainoana järkevänä toimintamallina. Passiivimuotoinen ilmaisu tuo vahvistusta sille, että kyseessä on tosiasia, jolle ei ole ikään kuin voinut mitään.

Sosiaalityöntekijä aluksi siis toteaa, ettei potilaan kanssa pystynyt lainkaan keskustelemaan, mutta muuttaa lopulta näkökulmaansa siihen, että potilaan kanssa pystyi keskustelemaan hetken. Vaikka sosiaalityöntekijä lopulta hieman muuttaakin tulkintaansa, jää vastaanottajalle kuva siitä, että potilaan psyykkinen vointi todellakin oli niin huonoa, että hänen kohdallaan mietittiin, voiko asianmukaista keskustelua ylipäänsä käydä. Metaforalla ”ei ole yhtään päätä eikä häntää” sosiaalityöntekijä viittaa potilaan psyykkiseen huonovointisuuteen. Metafora välittää vastaanottajalle kuvan siitä, ettei potilaan puheissa ollut mitään ”järkeä”, ja toimii siten tehostekeinona tilanteen vakavuuden kuvailemisessa. Retorisena keinona on myös määrällistäminen: sosiaalityöntekijä toteaa, ettei potilas ole asunut vuosikymmeniin itsenäisesti, mutta haluaisi silti kotiutua asumaan itsenäisesti vuokra-asuntoon. Sosiaalityöntekijä ei avaa enempää aihetta, mikä jättää varaa vastaanottajan omalle pohdinnalle siitä, että olisiko potilaalla ylipäänsä ollut sellaista sosiaalista toimintakykyä, että oma vuokra-asunto olisi missään vaiheessakaan voinut olla todellinen vaihtoehto. Ääri-ilmausujen, metaforan käyttö, tosiasiapuhe ja määrällistäminen välittävät kuvan tilanteen vakavuudesta ja ehdottomuudesta, jotka retorisisina keinoina lisäävät vakuuttavuutta potilaan itsemääräämisoikeuden vastaisien toimien tarpeesta.

Puheesta on lisäksi tunnistettavissa tarinamuotoinen kuvaus retorisena keinona. Sosiaalityöntekijä kertoo, kuinka potilasta aluksi kuultiin ja tilanteesta neuvoteltiin, sekä miten ja millä perustein lopulta päädyttiin toisenlaiseen ratkaisuun. Kerronnan lopuksi sosiaalityöntekijä päätyy johtopäätökseen siitä, että reagoimattomuus tilanteeseen olisi ollut heitteillejättö, sillä potilas on ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Argumentin vakuuttavuutta lisäävät yksityiskohtaiset kuvaukset tapahtumien kulusta, jotka toisaalta jättävät vastaanottajalle tilaa tehdä omat johtopäätöksensä asioista. Potilaasta kerrotaan psyykkisesti huonovointisen potilaan kategoriasta käsin, joka tapahtuu kuvaamalla potilaan psyykkistä huonovointisuutta ja hänen toiveidensa epärealistisuutta.

Sosiaalityöntekijän puhetavasta on tunnistettavissa huolenpidon diskurssille ominainen ajatus potilaan huolehtimisesta. Syynä tähän on potilaan psyykkinen huonovointisuus ja se, että puuttumatta jättämisestä seuraisi heitteillejättö. Näillä oikeutetaan toiminta, joka on vastoin potilaan tahtoa, ja myös hänen itsemääräämisoikeuttaan. Retorisina keinoina ovat ääri-ilmaisut, tosiasiapuhe, metaforan käyttö, kategorisointi sekä tarinamuotoinen kerronta. Individualistinen itsemääräämisoikeus ei korostu otteessa, mutta puheesta ilmenee, että asumisasioista on käyty potilaan kanssa keskustelua, ja hän on esittänyt tästä mielipiteensä. Kommunikatiivinen ja empaattinen työote auttavatkin vähentämään valta-asetelmia tahdosta riippumattomassa hoidossa (Courtney & Moulding 2014, 219-220). Sikäli potilas on siis tullut kuulluksi ja hänelle on annettu mahdollisuus itsensä ilmaisemiseen, mikä on osa itsemääräämisoikeutta. Vaikka sosiaalityöntekijä kertookin, ettei potilasta ole voitu kuunnella, hän ei viittaa tällä siihen, että potilasta ei olisi lainkaan kuultu, vaan siihen, ettei potilaan puheissa ole ollut ”järkeä”.

Kaiken kaikkiaan potilas on toivonut kotiutuvansa omaan vuokra-asuntoon, itsenäiseen asumiseen, mutta lopputuloksena on, että potilas muuttaa asumaan ympärivuorokautista hoitoa tarjoavaan tehostettuun palveluasumiseen. Tämä ratkaisu on tehty koska, potilaan itsenäistä asumista ei ole katsottu realistiseksi valinnaksi, vaan se olisi tulkittavissa sosiaalityöntekijän ja työyhteisön toiminnan näkökulmasta heitteillejätöksi. Kyseisessä esimerkissä hyvän tekeminen ja potilaan edun tavoittelu ylittää lopulta potilaan itsemääräämisoikeuden, eli oikeuden päättää omista asioistaan. En kuitenkaan määritä toimintatapaa vain paternalistiseksi holhoamiseksi ja ammattilaisten paremmin tietämiseksi, sillä siinä on tulkittavissa myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen liittyviä piirteitä. Esimerkiksi Williams (2002, 247) luettelee itsemääräämisoikeuden tukemiseen sisältyvän potilaan näkökulman huomioimisen, informaation antamisen, mahdollisuuden valintojen tekemiseen ja mielipiteiden kysymisen. Itsemääräämisen tukemiseen kuuluu lisäksi se, että työntekijät kuuntelevat ja tuottavat ymmärrettäviä vastauksia. Sosiaalityöntekijän puhetavasta on löydettävissä

osa näistä periaatteista, kuten potilaan kuunteleminen, näkökulman huomioiminen ja mielipiteiden kysyminen.

Suhteellinen autonomia tulee sosiaalityöntekijän puheessa esille pyrkimyksenä vahvistaa potilaan osallisuutta ja kuulluksi tulemistä, vaikka hänen toivomustansa ei olekaan voitu toteuttaa. Toimintatavalla on pyritty myös suojelemaan ja vahvistamaan itsemääräämisoikeuden harjoittamiseksi vaadittavia kykyjä ja mahdollisuuksia, sillä potilas pystyy todennäköisemmin kehittämään ja ylläpitämään näitä tarvittavia kykyjä ympäristössä, missä hän saa tähän tukea. Tämä on olennaista suhteellisessa autonomiassa. Potilaan muuttaminen tehostetun palveluasumisen yksikköön voi siis parhaimmillaan vahvistaa hänen autonomiaansa ja sosiaalista toimintakykyä verrattuna siihen, että potilas asuisi psyykkisesti huonovointisena yksin omassa vuokra-asunnossa ilman tukiverkosta.

Potilas ei ymmärrä etuaan

Seuraavaa otetta edeltävästi H6 kertoi kokevansa hankalaksi tilanteet, joissa täytyy toimia ilman potilaan suostumusta, kun potilas on haluton antamaan lupaa, tai on niin huonossa psyykkisessä voinnissa, ettei ole pätevä antamaan lupaa. Sosiaalityössä professionaaliseen rooliin (esim. kontrolloija vs. kumppani) liittyvät dilemmat ovat tavallisia (Banks 2006, 13-14). H6 totesi ottaneensa tällaiset tilanteet puheeksi osaston moniammatillisessa tiimissä, ja hakenut tätä kautta tukea toimintaansa muulta henkilökunnalta, kuten lääkäriltä ja hoitajilta. Seuraavaksi sosiaalityöntekijä kertoo tilanteesta, jossa on joutunut puuttumaan potilaan itsemääräämisoikeuteen.

H6: -- oon itekki joutunu tämmösiä niinkun sosiaalihuoltolain mukasia ilmoituksiakin kun ihan selkeesti näkee että on semmonen tilanne et potilas ei nyt ymmärrä sitä omaa etuaan. On ollu tapaus että potilas asuu puolison kanssa joka on väkivaltainen mutta ei halua sieltä lähteä pois taikka sitte että potilas asuu niin huonokuntoisessa talossa jossa ei toimi vessa ja jossa on seinät homeessa ja on semmonen niinkun psykoottisen ihmisen koti, että seinät on täynnä kirjoitettuja tekstejä ja ei tainnu olla oikein lämmitystäkään siellä ja hän ite haluaa et hän palaa sinne kotiin mut oli huonokuntoinen fyysisesti ja psyykkisesti niin semmosissa on niinku pakko toimia sitte vastoin sitä potilaan omaa tahtoa.

Argumenttina on, että sosiaalityöntekijän on toimittava vastoin potilaan tahtoa, mikäli potilas ei ymmärrä omaa etuaan. Ensisijaisesti potilaan tahtoa tulee kunnioittaa, eikä vastoin potilaan tahtoa saisi toimia. Lähtökohtaisesti aikuisella ihmisellä tulisi olla oikeus tehdä myös sellaisia valintoja,

jotka voivat olla hänelle haitaksi. Sosiaalityöntekijä oikeuttaa potilaan tahdon ylittämistä potilaan edulla.

Argumentin vakuuttavuutta on lisätty tosiasiapuheella. Sosiaalityöntekijä toteaa, kuinka ”*ihan selkeesti näkee*”, että potilas ei pysty hahmottamaan omaa etuaan ja toimii tämän vastaisesti. Tilanteen selkeys esitetään tosiasiana, joka ohjaa sosiaalityöntekijän toimintaa vain yhteen suuntaan. Siten se luo samalla vaihtoehdottomuuden ulottuvuuden: sosiaalityöntekijä näkee potilaan toimivan selkeästi etujensa vastaisesti, ja tähän on puututtava. Tulkintani mukaan otteessa on esiteltynä kuvaukset kahdesta eri potilastapauksesta. Sosiaalityöntekijä tuo esiin tapauksen väkivaltaisessa parisuhteessa elävästä potilaasta sekä potilaasta, joka asuu asuinkelvottomaksi kuvatussa asunnossa. Kuvaukset väkivaltaisessa parisuhteessa elävästä potilaasta ja asumiskelvottomassa asunnossa asuvasta potilaasta toimivat tulkintani mukaan myös kategorioina, ja retorisenä keinona. Vastaanottaja liittää näihin kategorioihin sellaisia ominaisuuksia, joita on yleisesti tapana liittää väkivaltaiseen parisuhteeseen, ja ihmiseen, joka jää tällaiseen parisuhteeseen, tai asumiskelvottomiin asuntoihin ja niissä asuviin ihmisiin. Vastaanottajalle välittyy kuva tilanteen huolestuttavuudesta, johon tulisi puuttua. Samalla sosiaalityöntekijä tulee määritelleeksi sen, minkä näkee potilaan eduksi: potilaan etu ei ole elää väkivaltaisessa parisuhteessa tai asuinkelvottomassa asunnossa, vaan potilaan etu on juurikin päinvastaiset tilanteet, eli väkivallaton parisuhde sekä elämän perusedellytysten toteutumisen mahdollistava asunto. Sosiaalityöntekijä kuvailee toimiaan välttämättömyyteen viittaavilla verbeillä, kuten ”*joutunu*” ja ”*pakko toimia*”, jotka tulkitsen ääri-ilmaisuuksi. Huolestuttavuudella ja toiminnan välttämättömyydellä luodaan kuvaa siitä, miksi potilaan edun tavoittelu on oikeutettua, ja toisaalta miksi potilaan itsemääräämisoikeuden ylittäminen on perusteltua.

Retorisina vakuuttamisen keinoina ovat tosiasiapuhe, kategoriat, ääri-ilmaisu ja yksityiskohtainen kuvaus. Potilaan itsemääräämisoikeuteen on puututtu tekemällä sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitus. Ilmoitus tarkoittaa kunnan sosiaalitoimen informoimista asiakkaasta, jolla on ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Ilmoituksen voi tehdä ilman asianomaisen suostumusta. (kts. sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 35§.) Sosiaalityöntekijän puheesta selviää, että ilmoitukset on tehty ilman lupaa ja syynä on ollut huoli siitä, etteivät kyseiset potilaat ole ymmärtäneet etuaan. Toisaalta myös laki antaa tähän mahdollisuuden ja velvoitteen.

Sosiaalityöntekijä ei mainitse, että ilmoituksen lisäksi muihin rajoittaviin toimiin olisi ryhdytty. Tämän puitteissa voidaan siis tulkita, että itsemääräämisoikeus on ylitetty vain ilmoituksen tekemisen osalta, mutta itsemääräämisoikeuteen ei ole puututtu tämän enempää. Otteessa ei ole mainintaa tai

viitettä siitä, että ensimmäisen potilaan palaamista väkivaltaisen puolison luo, tai toisen potilaan kotiutumista asuinkelvottomaan asuntoon, olisi estetty muilla itsemääräämisoikeutta rajoittavilla toimilla. Puheessa ei myöskään mainita, että sosiaalityö olisi tähän jollakin tapaa puuttunut. Avoimeksi jää, ovatko potilaat lopulta saaneet päättää kyseessä olevista asioista, vai onko joihinkin muihin itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin ryhdytty. Annettujen tietojen pohjalta voidaan siis päätellä, että vastoin potilaiden tahtoa on toimittu niin vähän, kuin mahdollista. Potilaan itsemääräämisoikeus, eli tässä kohtaa potilaan tahdon kunnioittaminen, vaihtelee huolenpidosta individualistisen itsemääräämisoikeuden mukaisiin piirteisiin. Puheesta on vahvasti tulkittavissa suhteelliseen autonomian mukainen itsemääräämisoikeuden toteutumisen tilanne- ja aihekohtaisuus.

Huolenpidon diskurssissa korostuu kaiken kaikkiaan huolenpidon näkökulma, eli hyvän tekeminen ja potilaan edun tavoitteleminen. Tämä usein tarkoittaa sitä, individualistinen itsemääräämisoikeusnäkökulma ei täysin toteudu. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen huolenpitoa korostavassa sosiaalityössä vaatiikin pohdintaa (Juhila 2006, 173). En kuitenkaan näe huolenpidon diskurssia paternalistiseksi hoivaksi ja huolenpidoksi. Specker Sullivanin ja Nikerin (2018, 656) mukaan suhteellisen autonomian ideaan kuuluvissa, läheisissä ja tukevissa ihmissuhteissa tehtyt yksilöön kohdistuvat interventiot saatetaankin tulkita virheellisesti paternalismiksi. Huolenpidon diskurssissa on läsnä autonomian suhteellisuus, sillä itsemääräämisoikeuden muoto vaihtelee erilaisissa tilanteissa ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen on aihekohtaista. Esimerkiksi aluksi sosiaalityöntekijöiden lähestymistapa voi olla paternalistisia toimintatapoja muistuttava, mutta myöhemmin se voi vaihtua individualistista itsemääräämisoikeusnäkökulmaa mukaiseksi. Puhun tarkoituksella paternalismia *muistuttavista* toimintatavoista, sillä en näe huolenpidon diskurssissa sosiaalityöntekijöiden toimintaa täysin paternalistisiksi. Paternalismille on tyypillistä holhoavuus tavalla, jolla ylitetään täysin potilaan tahto, näkemykset ja mielipiteet, ja tieto potilaan parhaasta on vain asiantuntijoilla. Suhteellisen autonomian periaatteiden mukaisesti itsemääräämisoikeudesta käydään jatkuvasti tilannekohtaista arviota ja neuvottelua. Huolenpidon diskurssissa suhteellisen autonomian mukaisissa näkemyksissä, ratkaisuvaihtoehtoisissa ja toimintatavoissa on mukana itsemääräämisoikeutta kunnioittavia elementtejä, kuten potilaan kuuntelemista, mielipiteen huomioimista ja osallistamista, eikä siten kyseessä ole vain paternalistinen toiminta, jossa ylitetään potilaan oma tahto.

5.2 Riskipuheen diskurssi

Riskipuheen diskurssia kuvastaa riskin mahdollisuus tai läsnäolo kyseisessä tilanteessa. Riski näyttäytyy sosiaalityöntekijöiden puheessa ilmeiseltä. Riskiä pyritään joko ennaltaehkäisemään tai puuttumaan jo vallitsevaan tilanteeseen suuremman vahingon välttämiseksi. Huolenpidon diskurssiin verrattuna riskipuheen diskurssissa on läsnä jokin konkreettinen asia, minkä tapahtumista yritetään ehkäistä tai estää etenemästä, eikä perusteluissa nojata vain osittain abstraktinakin näyttäytyvään potilaan edun -käsitteeseen. Useimmiten riski liittyy potilaan talousasioihin tai asumiseen, mutta diskurssi tulee esiin myös joitakin ilmoitusvelvollisuuteen liittyviä tilanteita, kuten lastensuojeluilmoituksen tekeminen.

Riskienhallinta on ollut esillä sosiaalityön tutkimuksessa (esim. Harrikari & Rauhala 2019, 116-118; Sawyer 2009). Nykyajan yhteiskunnassa sosiaalityöntekijöiden oletetaan puuttuvan riskitapauksiin ajoissa, jotta voitaisiin välttyä pitkittyneiltä asiakkuussuhteilta, joita vaikkapa syrjäytyminen aiheuttaa (Juhila 2006, 77). Riskienhallinnan näkökulma on saanut osakseen kritiikkiä psykiatrian sosiaalityössä, sillä riskienhallinta voi luoda painetta tahdosta riippumattomien toimien toteuttamiseen (Maylea 2017, 341-344). Toisaalta on epärealistista odottaa, että sosiaalityöntekijät pystyisivät ennustamaan, saati ennaltaehkäisemään kaikkia niitä riskejä, joita yksilön elämään voi liittyä potilaan itsensä tai yhteiskunnan näkökulmasta. Scheyett ja kumppanit (2009, 303) toteavatkin, että sosiaalityöntekijän pitäisi löytää vakavasti psyykkisesti sairaiden potilaiden kohdalla työskennellessään tasapaino itsemääräämisoikeuden maksimoinnin ja riskin minimoimisen välillä.

Riskipuheen diskurssissa olennaista ei ole se, kauanko epätoivottu tilanne on kestänyt tai minkälaisia interventioita on aiemmin käytetty (vrt. viimesijaisuuden diskurssi). Olennaista on, että tilanne arvioidaan sellaiseksi, että siihen tulee puuttua: riski on uhkaava tai ilmeinen, ja puuttumisen tulee olla välitöntä. Potilaan tulkitaan siis olevan jonkinlaisessa ”riskissä”, ja tämän riskin arvioidaan aiheuttavan potilaalle haittaa, jos tilanteeseen ei puututa. Riskipuheen diskurssissa avaintermejä ovat häätö, taloudellinen kriisi, ennaltaehkäisy ja vahingon välttäminen.

Taloudellisen kriisin ehkäiseminen

Seuraavassa otteessa sosiaalityöntekijä kertoo tilanteesta, jossa potilas käytti ”holtittomasti” eläkettään. Tätä edeltävästi sosiaalityöntekijät kävivät keskustelua laskuasioden hoitamisesta. H1 kertoi, että hän on laskujen maksun suhteen ”aika napakastikin” sanonut potilaalle, miten asian kanssa edetään. H2 toteaa, että hän muistuttaa potilaille ensisijaisten laskujen, kuten asumisen turvaamiseen

liittyvien kulujen, maksamisen tärkeydestä, ja potilaat tämän yleensä ymmärtävät. Taloudelliset vaikeudet ja sairastaminen kietoutuvat usein toisiinsa. Taloudellisten ongelmien ja velkaantumisen selvittely ja tähän liittyvien asioiden konkreettinen hoitaminen, kuten laskujen maksamisessa avustaminen, on tavanomaista psykiatrian sosiaalityössä. Erityisesti pienituloisuus on tyypillinen sosioekonominen rasite pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden kohdalla, ja taloudelliset ongelmat ja velkaantuminen eivät ole epätavallista. (Pirttijärvi 2013, 20-23, 107-110.)

H3: kyllä muistan eräälläkin -- kytättiin että koska tulee se hänen eläkkeensä et nyt pitää maksaa sairaalalaskut ja pakolliset laskut ja sitten häntä ei saa päästää niinä päivinä ostoksille, kun hän helposti lähti eläkepäivinä ostoksille kaupungille tai omille lomille tai päivälomaa pyysi ja sit ne rahat oli menny, hän oli käyny vähän shoppailemassa. Niin kyllä sitten sillai tosiaan nyt ei päästetä tänä päivänä sitten. Lääkärin kanssa tehtiin, vähän rajattiin yhteistyössä hänen tekemisiään, että ei tänä päivänä päivälomaa kiitos, että ensin pitää hoitaa laskuasiat ja sit katotaan paljonko jää shoppailuun rahaa.

Sosiaalityöntekijä esittää argumentin, että potilaan itsemääräämisoikeuteen tulee puuttua taloudellisen kriisin estämiseksi. Kyseinen argumentti on vastoin potilaan oikeutta päättää itse talousasioidensa hoidosta. Tästä syntyy ristiriita, joka edellyttää sosiaalityöntekijää perustelemaan argumenttia ja sen mukaista toimintaa. Itsemääräämisoikeuteen puuttumista oikeutetaan vahingon välttämällä.

Otteessa todetaan, että potilaan rahankäyttöä tulee ”kytätä”, koska potilas ”helposti lähti eläkepäivinä ostoksille”. Kytäämisen, eli toisin sanoen potilaan tekemisten seuraamisen, taustalla on jokin aiempi tapahtuma. Tässä kohtaa se on rahojen tuhlaus aiempaan eläkkeenmaksupäivänä. Tämän vuoksi tilannetta pitää tarkkailla, ja tarvittaessa tähän tulee puuttua. Ratkaisuna tässä esimerkissä on, että potilasta ei saa päästää eläkkeenmaksupäivänä ostoksille, sillä hän muutoin kuluttaa ostoksilla kaikki rahansa. Vastaanottajalle välittyy kuva siitä, että potilaan kohdalla ostoksille lähteminen ja rahojen tuhlaus on toistuva käyttäytymiskuvio, johon tulee puuttua, ja jota tulee ennaltaehkäistä. Sosiaalityöntekijä kertoo myös, kuinka potilas on lähtenyt eläkepäivinä ”omille lomille”, jonka tulkitsen viittaavan siihen, että potilas on poistunut sairaalasta luvatta päästäkseen ostoksille. Tällä lisätään tilanteen huolestuttavuutta, ja luodaan kuvaa siitä, että potilas on rikkonut sääntöjä päästäkseen tuhlaamaan rahansa. Otteessa kerrotaan myös, kuinka potilas käy ”vähän shoppailemassa”. Tässä kohtaa sanalla ”vähän” ei ole nimensä mukaista merkitystä, vaan se toimii kielikuvana korostamassa sitä, kuinka shoppailu ei todellakaan ole ollut vähäistä, vaan päinvastoin.

Kaikella tällä potilaan kuvailulla rakennetaan samalla kategorialla vastuuttomasta ja holtittomasti käyttäytyvästä potilaasta.

Tarinamuotoisella kerronnalla sosiaalityöntekijä rakentaa kuvauksen tilanteesta, joka on aiemmin eläkkeenmaksupäivänä tapahtunut. Havainnollistamalla tilannetta ja sen etenemistä, sekä antamalla yksityiskohtaisen kuvauksen tapahtumista, kuten siitä, miten potilas oli rahansa käyttänyt ja laiminlyönyt muiden taloudellisten velvollisuuksien hoitamisen, luodaan vakuuttavuutta argumentointiin. Kerronnan rakenne saa tilanteeseen puuttumisen näyttämään vastaanottajalle loogiselta vaihtoehdolta. Tarina rakentuu siis siten, että vastaanottaja alkaa pohtia seuraavia tapahtumia ja tekee olettamuksia siitä, mitä todennäköisesti tulee tapahtumaan (Potter 1996, 118).

Retorisiksi keinoiksi on tunnistettavissa ääri-ilmaisujen, kategorian ja metaforan käyttö sekä tarinamuotoinen kerronta. Puheesta ei ilmene, onko potilas vastustanut sitä, ettei häntä päästetä ostoksille eläkkeenmaksupäivinä. Tulkittavissa kuitenkin on, että potilas on aiemmin näin halunnut tehdä. Potilaan oikeutta päättää omista talousasioistaan ja rahankäytöstään on rajoitettu suuremman vahingon ja tilanteen huonontumisen välttämiseksi. Käytännössä tämä tapahtuu ennaltaehkäisemällä, eli sillä, että lääkäri ei ole myöntänyt potilaalle päivälomalupaa. Sosiaalityöntekijän mukaan tätä ratkaisua on pohdittu yhteistyössä lääkärin kanssa. Oletettavasti sosiaalityöntekijä on antanut oman kannanottonsa tilanteesta, joka on vaikuttanut lääkärin linjaukseen (kts. Metteri 2014, 302). Potilaan toimintamahdollisuuksia rajoitetaan siis jo ennalta, jotta aiemmin tapahtunut tilanne ei pääsisi toistumaan. Puheenvuoron viimeisestä lauseesta on tulkittavissa, että myös potilaan laskujen maksamisesta toteutumista seurataan. Sosiaalityöntekijä toteaa, kuinka laskujen maksun jälkeen ”*katotaan*” paljonko rahaa jää jäljelle, mikä kertoo siitä, että laskujen maksussa on mukana enemmän kuin yksi henkilö. Nähdäkseni tämä kertonee myös siitä, että sosiaalityöntekijän ja potilaan välille on muodostunut ainakin jonkinlainen yhteistyösuhde, sillä laskujenmaksua hoidetaan yhdessä, ja toisaalta sosiaalityöntekijä tietää potilaan asioista, kuten etuuksista, eläkkeenmaksusta ja menoista. Suhteen muodostaminen on olennainen osa ja merkki suhteellisesta autonomiasta.

Vahingon välttäminen toimii kyseisessä tilanteessa oikeutuksena potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttumiselle. Suhteelliseen autonomiaan kuitenkin kuuluu, että potilaan kapasiteettia itsemääräämisoikeuteen vahvistetaan. Vaikka toimintatapa kyseisessä tilanteessa on ollut hetkellisesti potilaan itsemääräämisoikeutta rajaava, voidaan se tulkita myös itsemääräämisoikeutta vahvistavaksi. Sosiaalityöntekijän toimintatavalla voidaan välttää esimerkiksi tilannetta, jossa potilas käyttää varallisuutensa siten, ettei pysty enää huolehtimaan asumiskulujen maksusta, tai muista välttämättömistä menoista. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna potilaan itsemääräämisoikeuden

rajaaminen tässä kohtaa voi olla esimerkkinä mukaisesti asumisen turvaamista tai muutoin taloustilanteen kriisiytymisen ehkäisyä. Asunnottomuuden ja taloudellisen kriisin ehkäisy voivat vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja itsemääräämisoikeuden käyttämisen edellytyksiä tulevaisuudessa, ja toisaalta ehkäistä sosiaalisten esteiden muodostumista. Puheesta on tulkittavissa, että potilaan toimintaa on tarkoitus rajata vain siihen asti, kun pakolliset laskut on maksettu. Sosiaalityöntekijä toteaa, että tämän jälkeen ”*katotaan paljonko jää shoppailuun rahaa*”, mikä kertoo siitä, että potilas saa itse määrätä ja päättää siitä, mitä lopuilla rahoista tekee. Itsemääräämisoikeuden rajaamisen jälkeen palataan individualistista itsemääräämisoikeusnäkökulmaa mukailevaan toimintaan, jossa potilas saa itse päättää miten haluaa toimia. Kaiken kaikkiaan puheesta on tunnistettavissa suhteellisen autonomian mukainen tilanne- ja aihekohtaisuus itsemääräämisoikeuden rajaamisessa ja kunnioittamisessa, ja toisaalta vuorovaikutussuhteen muodostaminen potilaan kanssa.

Häätöasian selvittely

Sosiaalityöntekijät keskustelivat asunnottomuudesta ja tilanteista, joissa potilas on tullut hoitojaksolle asuntonsa menettäneenä. Häätöön ja asunnottomuuteen liittyvät selvittelyt ovat osa sosiaalityöntekijän työtä. Asunnottomuuden taustalla on monia tekijöitä, eikä aina ole eriteltävissä yhtä yksittäistä syytä, vaan siihen on voinut vaikuttaa samanaikaisesti moni asia. Joka tapauksessa mielenterveysongelmien ja asunnottomuuden välillä on havaittu yhteyksiä. (ks. Kallio 2015.) Psykiatrian sosiaalityössä selvitetään esimerkiksi asumiseen liittyviä kriisitilanteita, kuten häätöprosessin eri vaiheita. Seuraavan otteen kohdalla tulkitsin häädön riskiksi, vaikka otteesta ei saa täysin selville, onko häätö enää estettävissä. Häätö on prosessi, joka sisältää erilaisia vaiheita yksilön oikeusturvan varmistamisesta erilaisiin käytännön järjestelyihin, kuten asunnon tyhjentämiseen. Siten häätöasian selvittämisellä voidaan välttää suuremman haitan aiheutuminen verrattuna siihen, ettei tilannetta selvitetä. Toisaalta häätöön liittyy myös asunnottomuuden riski, sillä häädön jälkeen potilas jää vaille asuntoa.

H4: Se on jotenkin semmosta harmaata aluetta kun tulee häätötilanteissa potilas sairaalaan ja oikeestaan kieltää koko, koko asian eikä halua että sitä selvitetään mutta semmosissa tilanteissa oon lähteny kuitenkin, kuitenkin selvittää kun se on tavallaan tämmönen oikeudellinen asia niin täytyy, täytyy reagoida että, et missä kohtaa ehkä on, on sit jossain jotenki tarvinnu puuttua siihen itsemääräämisoikeuteen vaikka yleensä kyllä potilas, jos on häätötilanne, niin ryhtyy yhteistyöhön mutta ei kaikki.

Argumenttina on, että potilaan itsemääräämisoikeuteen tulee puuttua häätötilanteessa. Lähtökohtaisesti potilaan tulisi itse saada päättää asioidensa hoidosta. Argumentin ja itsemääräämisoikeusideaalin välillä on eettinen ristiriita, jonka vuoksi muodostuu tarve perustella argumenttia. Argumentin mukaista toimintatapaa oikeutetaan sillä, että häätö on oikeudellinen asia, johon tulee tämän vuoksi reagoida. Kutsun tätä potilaan oikeusturvaksi. Tulkitsen, että tämän taustalla on ajatus siitä, että potilaan tilanne huonontuu entisestään, tai hänelle aiheutuu haittaa siitä, ettei hänen oikeusturvaansa varmisteta kyseisessä tilanteessa.

Retorisena keinona käytetään ääri-ilmaisua. Potilaan todetaan kieltävän ”*koko asian*”, mikä luo vastaanottajalle kuvan siitä, että potilas ei ymmärrä koko tilannetta, tämän huolestuttavuutta tai sitä, että tähän tulee reagoida. Tilannetta kuvaillaan myös välttämättömyyteen viittaavilla verbeillä ”*täytyy reagoida*” ja ”*tarvinnu puuttua*”, mikä lisää kuvaa siitä, että tilanne on ollut huolestuttava ja vakava, ja sen eteen on ollut pakko ryhtyä toimiin. Metaforalla ”*harmaata aluetta*” sosiaalityöntekijä painottaa sitä, että toimintatavat tällaisessa tilanteessa ovat lähtökohtaisesti epäselviä, eikä oikeaa tai väärää ratkaisua ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Koska tilanne on harmaalla alueella, sallitun ja kielletyn välimaastossa, voi toimintatapoja perustella suuntaan tai toiseen.

Argumentin perusteleminen oikeudellisilla syillä tuo tilanteeseen vaihtoehtottomuuden ja toisaalta formaaliuden ulottuvuuden. Käyttämällä oikeudellisen asian kategoriaa perustellaan sitä, kuinka puuttuminen on välttämätöntä. Koska asia on oikeudellinen, on se luettavissa sen verran vakavaksi, että tarvittaessa se ylittää potilaan itsemääräämisoikeuden. Toisaalta tämä tekee argumentin kiistämisen vaikeaksi – onhan tämä oikeudellinen asia, johon tulee puuttua. Otteessa potilas on kategorisoitu tietynlaiseksi, tilanteen kieltäväksi ja haluttomaksi asian selvittämiseen. Psykiatrisen sairaalan kontekstissa tällä kuvailulla viitataan psyykkisesti huonovointisen potilaan kategoriaan.

Puheesta on tulkittavissa retoriseksi keinoiksi ääri-ilmaisujen käyttö, metafora sekä kategorian käyttö. Koska häätö määritellään sosiaalityöntekijän puheessa oikeudelliseksi asiaksi, voi hädöllä siten olla oikeudellisia vaikutuksia potilaalle. Pahimmassa skenaariossa potilaalle voi koitua sosiaalitaloudellisia sekä oikeudellisia ongelmia tai potilaan oikeusturva ei toteudu, mikäli tilanteeseen ei reagoida. Vaarana siis on, että tilanne huononee entisestään, ja potilaan elämään muodostuu erilaisia sosiaalisia ongelmia. Haastavaksi tilanteen tekee se, että potilas kieltää saaneensa hädän eikä hän halua asiaa selvittää.

Otteessa ei ole kovin yksityiskohtaista kuvausta tilanteesta, jossa potilas ei ole suostunut yhteistyöhön häätöasian selvittämiseksi. Sen sijaan sosiaalityöntekijä toteaa hieman yleisluontoisemmin, että tällaisia tilanteita tulee joskus vastaan, ja perustelee, miksi toimiin pitää ryhtyä potilaan

vastustuksesta huolimatta. Siksi puheesta on haastavaa tulkita tarkemmin sitä, miltä potilaan itsemääräämisoikeus on näyttäytynyt tilanteessa. Joka tapauksessa tilanteeseen puuttumista oikeutetaan sillä, että häättötilanteen hoitamatta jättäminen voi tuottaa potilaalle vahinkoa, ja hänen tilanteensa voi huonontua entisestään. Tavoitteena on välttää nämä skenaariot.

Vahva ohjaus

Sosiaalityöntekijät kävivät keskustelua siitä, mitä he näkevät potilaan itsemääräämisoikeuden rajaamiseksi. H4 toteaa, että psyykkisesti huonokuntoisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajaaminen on suojelemista, jotta potilas ei pääsisi tuottamaan haittaa itselleen. H5 jatkaa kertomalla millaiseen itsemääräämisoikeutta rajaavaan toimeen hän on ollut sosiaalityöntekijänä osallisena. Hän toteaa, että taloudellisen katastrofin ehkäiseminen on yksi asia, missä hän on rajannut potilaan itsemääräämisoikeutta.

H5: Sosiaalityön näkökulmasta esimerkiksi taloudellisen katastrofin ehkäiseminen. Mulle tuli mieleen semmonen esimerkki mist on vuosia. Oli semmonen nuori -- jolla oli siis ensimmäinen maniajakso ja hän oli hoitanu kaikki asiansa tosi hyvin sitä ennen mut siinä maniassa hän oli sit jättäny vuokrat maksamatta ja saanu asioitansa, ei kauheen pahasti vielä sotkettua mutta kuitenkin sillä tavalla et siihen ku puututtiin ja sitä saatiin rajattua et hän ei pystyny nuori ihminen tekeen ittelleen aivan hirvittäviä velkoja ja saaman häättöä ja ulosottomerkintää ja muuta, niin siinä ihan konkreettisesti kun hän tuli parempaan kuntoon huomasi sen, et ku siinä kohtaa rajattiin sitä itsemääräämisoikeutta, niin siitä oli hänelle hyötyä tulevaisuudessa et hän ei sen maniajaksonsa takia saanu mitään isompaa katastrofia aikaseks mistä ois hänelle tulevaisuudes haittaa

T: Muistatko miten siihen puututtiin silloin?

H5: -- ei siinä mitään edunvalvontaa tai semmosta haettu mut varmaan sit aika semmosella vahvalla ohjauksella hänelle asiat esitin et nyt, nyt täytyy tehdä niinku nämä ja nämä toimenpiteet että tää asia saadaan hoidettua ja hän sit siihen, en muista et oliko siinä alussa jotain erimielisyyksiä asiasta mut hän sit kuitenkin siihen suostu et niitä asioita ruvettiin selvittämään --

Argumenttina on, että potilaan tilanteeseen on puututtava taloudellisen kriisin estämiseksi. Lähtökohtaisesti aikuisella ihmisellä on oikeus päättää siitä, miten asiansa hoitaa. Ihmisillä on oikeus tehdä myös epäviisaita valintoja. Koska argumentti on vastoin tätä individualistista

itsemääräämisoikeusoletusta, tulee toimintaa perustella. Sosiaalityöntekijä oikeuttaa tilanteeseen puuttumista vahingon välttämiseksi.

Puhumalla taloudellisesta katastrofista herätetään vahvoja mielikuvia vastaanottajassa. Sanoisinkin tätä ääri-ilmaisuksi. Sosiaalityöntekijä jatkaa kuvaamaan potilastapausta, jossa on ollut kyse taloudellisen katastrofin ehkäisemisestä. Kuvaamalla tilannetta taloudelliseksi katastrofiksi herätetään vastaanottaja tekemään tulkintoja siitä, mitä taloudellinen katastrofi tarkoittaa. Käsitteeseen voidaan liittää negatiiviseksi tai huolestuttavaksi tulkittavia ominaisuuksia. Siksi se toimii vakuuttavana argumenttina siitä, että katastrofia tulee ehkäistä. Sosiaalityöntekijä mainitsee tähän sisältyvän muun muassa ”*hirvittävät*” velat, hädän, ja ulosottomerkinnän. Taloudellinen katastrofi toimii ääri-ilmaisun lisäksi kategoriana, sillä se saa aikaan monia mielikuvia ja oletuksia vastaanottajassa.

Sosiaalityöntekijä kertoo tarinan potilaan tilanteesta. Hän rakentaa kuvan potilaasta, joka on ennen sairastumistaan hoitanut asiansa hyvin. Psykkisen voimien huononnutta talousasioiden hoitaminen on jäänyt vähemmälle, ja jopa pisteeseen, josta voi seurata potilaalle hankaluuksia. Potilas kategorioidaan tällä hetkellä psyykkisesti huonovointisena potilaana. Kerronta jatkuu sen esiintuomisella, kuinka tilanteeseen puuttumisesta on ollut hyötyä potilaalle tulevaisuudessa, ja yksityiskohtaisella tarkennuksella siitä, mitä tällä voitiin ehkäistä. Esimerkiksi hädän ja suurien velkojen välttämistä voidaan pitää perusteltuna ja yleisesti hyväksyttävänä tekona. Tarina tehostaa argumentin vakuuttavuutta, sillä se antaa yksityiskohtaisia perusteluita siihen, miksi tilanteeseen on puututtu.

Sosiaalityöntekijä kuvailee potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttumista ”*vahvaksi ohjaukseksi*”. Tällä hän tarkoittaa sitä, että on esittänyt potilaalle mitä toimenpiteitä tilanteen selvittäminen vaatii. Ohjaus on sosiaalityössä tyypillistä. Rothman ja kumppanit (1996, 397) puhuvat sosiaalityön ohjaavasta työotteesta, joka on läsnä erityisesti silloin, ”kun asiakas ei pysty tekemään itse rationaalista ja tietoon perustuvaa päätöstä pysyvän tai tilapäisen vamman vuoksi.” (oma suomennos). Ohjauksella on heidän mukaansa neljä muotoa: 1. reflektiivinen ohjaus, joka sisältää ongelman tulkinnan yhdessä asiakkaan kanssa, kuitenkin varsinaisesti osoittamatta sitä, miten tai mihin suuntaan ongelmanratkaisussa pitäisi päätyä, 2. ehdottava ohjaus sisältää ongelman tutkintaa yhdessä asiakkaan kanssa, mutta siten, että työntekijä vain ehdottaa, mihin suuntaan asian voisi ratkaista, 3. ohjailevassa ohjauksessa ongelman yhdessä pohtimisen lisäksi työntekijä osoittaa selvästi mihin suuntaan pitäisi mennä, 4. määräävä ohjaus sisältää teon, jonka työntekijä tekee asiakkaan

puolesta kysymättä tähän lupaa, tai siten, että asiakas on tästä edes tietoinen. Nähdäkseni kyseisessä otteessa toiminta kuvastaa määritelmää ohjailevasta ohjauksesta.

Retorisina keinoina puheessa ovat yksityiskohtainen narratiivi, ääri-ilmaisu ja kategoria. Vaikka sosiaalityöntekijä antaa ohjeistukset sille, mihin toimenpiteisiin tulee ryhtyä vahingon välttämiseksi, potilasta ei ole kuitenkaan tähän pakotettu. Puheesta ei saa täyttä varmuutta, onko potilas jossakin vaiheessa vastustanut talousasioihinsa puuttumista, vaikka sosiaalityöntekijä johonkin tämäntapaiseen viittaakin toteamalla, kuinka potilas ”*sit kuitenkin siihen suostu*”. Toimintatapa näyttäisi olevan enemmän individualistisen näkemyksen mukaista, kuin itsemääräämisoikeutta rajaavaa. Toisaalta jaottelu on tässä kohtaa hankalaa, sillä joidenkin tulkintojen mukaan individualistisessa itsemääräämisoikeusnäkökulmassa myös ohjaus nähdään itsemääräämistä rajaavaksi, ja sitä vastoin joissakin paternalistissa näkemyksissä ohjauksen ja neuvonnan anto on niin sanottua ”maltillista paternalismia” (ks. luku 2.2). Suhteellisessa autonomiassa taas ohjaus on olennainen väline potilaan autonomisen toimijuuden tukemiseksi, ja joidenkin näkemysten mukaan ammattilaisilla on moraalinen velvoite auttaa potilasta ohjauksen ja neuvonnan keinoin hänen päätöksenteossaan (Walter & Ross 2014). Ohjaus on suhteellisen autonomian piirre, sillä se vahvistaa potilaan autonomiaa. Kyseisessä potilastapauksessa potilaan itsemääräämisoikeuteen ei ole puututtu suoranaيسilla rajoituksilla, vaan ”*vahvalla ohjauksella*”. Myöskään edunvalvojaa ei ole haettu. Olennaista on ollut, että potilaan kanssa on luotu työntekijä-potilassuhde, jonka avulla on päästy yhteistyöhön, ja lopulta saatu tilanne hoidettua rajaamatta potilaan itsemääräämisoikeutta.

Riskipuheen diskurssissa on tulkittavissa sekä itsemääräämisoikeuden rajaamista sekä kunnioittamista kuvastaviatoimintatapoja. Tässä diskurssissa paternalistista toimintaa muistuttavana toimintatapana on vahingon välttäminen, kun huolenpidon diskurssissa taas nimenomaan huolenpitoa painottava hyvän tekeminen. Luvussa 2.2 toin esiin Beauchampin ja Childressin (2009) huomion siitä, että vahingon välttäminen on usein velvoittavampaa kuin velvollisuus hyvän tekemiseen, koska vahingon välttämässä nimensä mukaisesti vältetään jotakin haittaa, vahinkoa tai näiden riskiä, joka potilaalle voisi tapahtua. Katson vahingon välttämisen ja hyvän tekemisen liittyvän yhteen, sillä riskipuheen diskurssissa vahingon välttämisen taustalla on nimenomaan ajatus hyvän tekemisestä potilaalle. Riskipuheen diskurssissa suhteellista autonomiaa kuvastaa pyrkimys turvata potilaan edellytykset itsemääräämisoikeutensa käyttämiseen jatkossa. Ensimmäisessä otteessa tämä tehdään rahankäytön rajaamisen avulla, toisessa selvittelemällä häätoasia ja kolmannessa ohjauksella. Näiden kaikkien taustalla on ajatus siitä, että ilman tilanteeseen puuttumista potilaalla tulisi olemaan tulevaisuudessa heikommat edellytykset itsemääräämisoikeuteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn taloudellisten vaikeuksien tai asunnottomuuden vuoksi.

5.3 Viimesijaisuuden diskurssi

Viimesijaisuuden diskurssi oli mielestäni helpoiten havaittavissa ja nimettävissä. Diskurssia ilmentävissä aineisto-otteissa on hyvin omantyylinen puhetapa. Diskurssissa korostuu kuvaukset siitä, kuinka potilaan tilannetta on ”vatvottu” pitkään, tai tilanne on ”jumittanut” paikoillaan. Läsä on eräänlainen vaihtoehtottomuus. Potilaan asioiden tai tilanteen selvittämiseksi on yritetty monenlaisia keinoja, mutta nämä eivät ole toimineet. Lopulta tilanteessa on todettava, että kaikki muut ensisijaiset keinot on käytetty, ja asioiden tai tilanteen eteenpäin viemiseksi on käytettävä viimesijaisinta keinoa, joka on myös usein itsemääräämisoikeuden kannalta rajoittavin keino. Viimesijaisuuden diskurssissa tällä asioiden ja tilanteen eteenpäinviemisellä viitattiin monesti sellaisiin asioihin, joita tulee hoitaa, selvittää ja järjestellä, jotta potilas on mahdollista kotiuttaa sairaalasta. Kaikissa tunnistamissani viimesijaisuuden diskurssin aineisto-otteissa viimeinen keino on edunvalvontailmoituksen tekeminen yhtä otetta lukuun ottamatta. Tässä otteessa viimesijainen keino on, että sosiaalityöntekijä otti lopulta yhteyttä potilaan omaiseen, vaikka potilas oli kieltänyt yhteydenpidon.

Itsemääräämisoikeutta rajaavien interventtioiden käyttö tulisi olla sosiaalityössä viimesijaista, ja niitä tulisi käyttää vain silloin, kun muut keinot eivät ole tehokkaita (Scheyett ym. 2009, 303). Tämä näkökulma on esillä viimesijaisuuden diskurssissa. Viimesijaisen keinon käyttämistä vältellään niin kauan, kuin se on mahdollista. Viimesijaisuuden diskurssissa tilanne on saavuttanut sellaisen kriittisen pisteen, mikä rohkaisee sosiaalityöntekijää toimimaan vastoin potilaan itsemääräämisoikeutta. Tähän liittyy myös ajatus siitä, että potilaan asioita ja tilannetta pitää saada eteenpäin. Viimesijaisuuden diskurssissa avainsanoina ovat: kaikki keinot käytetty, pitkittynyt tilanne sekä asioiden eteenpäin vieminen.

”Tässä ei oo enää vaihtoehtoja”

H3 on aiemmassa puheenvuorossaan todennut, että kaikissa asioissa potilaiden kanssa ei voida joustaa. Pyysin sosiaalityöntekijää vielä tarkentamaan tätä. Seuraavassa puheenvuorossa hän kertoo tilanteesta, jossa on päätynyt tekemään maistraatille ilmoituksen edunvalvonnan tarpeesta olevasta henkilöstä. Ilmoitusmenettelyä käytetään, kun henkilö vastustaa edunvalvojan hakemista ja määräämistä itselleen. Edunvalvojan hakeminen tai edunvalvontailmoituksen tekeminen on osa psykiatrian sosiaalityötä (ks. Pirttijärvi 2013, 110-115). Edunvalvontailmoituksen ja sosiaalityöntekijän tilanneselvityksen liitteeksi tarvitaan myös lääkärin lausunto. Psykiatriassa

hoidossa on joskus tilanteita, joissa henkilökunnan pitää tehdä päätöksiä potilaan puolesta ja käyttää sosiaalista kontrollia (Spearman 2005, 51). Myös sosiaalityöntekijä on tässä omalla tavallaan osallisena.

H3: -- eräs potilas tässä jonka kans ei enää oo jouston mahdollisuutta. On just hädän saanu ja on sairaalaan toimitettu ja yritetty esimerkiks raha-asioiden suhteen monenlaista ja häntä on kuunneltu ja minä oon häntä monta kertaa tavannut ja kuunnellu miten hän haluaisi asiansa hoitaa ja miten hän haluaisi saada raha-asiansa toimimaan -- tässä ei oo enää, oon yrittäny kaikkia keinoja, kuunnellu häntä ja yrittäny mennä sen mukaan mitä hän toivoo mutta tässä ei oo enää vaihtoehtoja niin joudutaan toimimaan erilailla mitä potilas haluaa, joudutaan hakemaan edunvalvojaa vastentahtosesti koska ei ole enää keinoja. Ei ole mitään keinoja käytettävissä. Kaikki yritetty käyttää mitä vaan voidaan käyttää nii hänelle olen ilmottanu että täs ei ole enää vaihtoehtoja, kaikki on käyty läpi niin joudutaan sitten tekemään myös toisin kuin potilas toivoo. Hänen itsemääräämisoikeuttaan tässä nyt ei oo kunnioitettu mutta hän toimii etunsa vastaisesti niin toivotaan et siihen tulee stoppi.

Puheesta on tulkittavissa argumentti, että viimekädessä sosiaalityöntekijän täytyy tehdä edunvalvontailmoitus. Taustalla olevana itsemääräämisoikeuden ideaalina on, että potilaan tulisi saada määrätä omista asioistaan. Puuttumista oikeutetaan sillä, että se on ollut viimesijainen keino.

Sosiaalityöntekijä kertoo aluksi taustatietoja potilaasta. Potilas on saanut juuri hädän, eli hän on oletettavasti asunnoton, ja hänet on toimitettu sairaalaan. Sanavalinnoista ”on toimitettu” pystyy päättelämään, että potilas on tullut sairaalaan tahdostaan riippumatta. Tilanteen lähtökohdat luovat huolestuttavan kuvan potilaasta: potilas on vailla asuntoa sekä psyykkisesti huonovointinen, eikä joko tiedosta mielentilaansa tai muutoin on haluton hoitamaan itseään, sillä hän ei ole ollut halukas sairaalahoitoon. Tulkitsen potilaasta tehdyn kuvauksen psyykkisesti huonokuntoisen potilaan kategoriaksi. Retorisena keinona on lisäksi yksityiskohtainen erittely siitä, mitä kaikkea tehty. Sosiaalityöntekijä kertoo, kuinka on tavannut potilasta monta kertaa, on kuunnellut potilasta ja potilaan ratkaisuvaihtoehtoja tilanteeseen. Hän myös kertoo, että on yrittänyt toimia potilaan toiveiden mukaan. Asioiden listaaminen ja toistaminen tehostavat vakuuttavuutta. Sillä luodaan käsitys, että kaikki keinot on todellakin käytetty, eikä muita vaihtoehtoja enää ollut, ja tilanteesta tulee tunne, että sosiaalityöntekijä on yrittänyt parhaansa. Retorisina keinoina ovat myös ääri-ilmaisut, kuten ”kaikki keinot käytetty”, ”tässä ei oo enää vaihtoehtoja” sekä ”ei enää oo jouston mahdollisuutta”. Ääri-ilmaisuja käytetään useaan kertaan. Ne painottavat sitä, että edunvalvontailmoituksen tekeminen on ollut viimesijainen keino, oikeastaan ainut, mikä on ollut

jäljellä. Viimesijaisuuden näkökulman vahvistaminen erilaisin retorisin keinoin onkin odotettua, sillä se toimii otteessa oikeutuksena itsemääräämisoikeuteen puuttumiselle.

Retorisina keinoina argumentoinnissa ovat yksityiskohtainen narratiivi, kategoria ja ääri-ilmaisut. Sosiaalityöntekijän puhetavassa on itsemääräämisoikeutta rajaavan huolenpidon ja potilaan edun tavoittelua mukaisia toimintatapoja, jotka lopulta menevät yli potilaan oman päätösvallan. On kuitenkin tulkittavissa, että aluksi sosiaalityöntekijä on korostanut potilaan oikeutta omista asioista ja niiden hoitamisesta päättämiseen, sillä tilannetta on lähtökohtaisesti yritetty hoitaa potilaan toivomalla tavalla. Potilaan kuunteleminen ja hänen mielipiteensä huomioiminen ovat osa empaattista työtettä ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että on tavannut potilasta monta kertaa. Vaikka puheesta ei selviä, millaisia tapaamiset ovat olleet tai miten ne ovat sujuneet, voidaan tulkintani mukaan kuitenkin olettaa, että näillä tapaamisilla on yritetty löytää ratkaisua potilaan tilanteeseen muilla keinoin, sillä sosiaalityöntekijä kertoo, että on aluksi potilaan toiveiden mukaisesti toiminut. Myöskään siitä ei ole selvyttä, millaiseksi yhteistyösuhde on sosiaalityöntekijän ja potilaan välillä muodostunut. Katson, että useiden tapaamisten agendana on ollut pyrkimys luottamuksellisen suhteen ja yhteistyön rakentamiseen. Työntekijä-potilassuhteen luominen ja potilaaseen tutustuminen ovat suhteellisen autonomian ydintä.

Edunvalvontailmoituksen tekeminen vastoin potilaan tahtoa on itsessään paternalistinen teko. Puheesta voidaan kuitenkin tehdä tulkinta, että edunvalvontailmoitusta ei ole tehty siten, että potilas olisi ollut täysin passiivisesti omien asioidensa ulkopuolella ikään kuin paternalistisena ”toimenpiteiden kohteena” ja ilman vaikutusmahdollisuutta tilanteeseensa. Sen sijaan lähtökohtana on ollut, että potilas on tasavertaisena osallistujana ”neuvottelussa” talousasioiden hoitamisesta. Sosiaalityöntekijä toteaaakin, kuinka on *”yrittänyt kaikkia keinoja”* viitaten siihen, että edunvalvontailmoitus ei ollut ensisijainen vaihtoehto, vaan kyseinen toimintatapa on varmistunut ”neuvotteluiden” edetessä ainoaksi mahdolliseksi vaihtoehdoksi.

Asioiden eteenpäin saaminen

Ennen seuraavaa otetta H3 kertoi lyhyesti tilanteesta, jossa on joutunut tekemään edunvalvontailmoituksen, koska potilaan kanssa ei kerta kaikkiaan päästy yhteistyöhön. Potilas oli myös jäänyt asunnottomaksi, koska oli saanut hädän. Seuraavassa otteessa sosiaalityöntekijä tarkentaa pyynnöstäni, miksi edunvalvontailmoitukseen on päädytty.

H3: -- saatais potilaan asioita kaiken kaikkiaan eteenpäin. Hän on ollu rahattomana kohta kolme kuukautta sairaalahoidossa, hän ei ole mitään rahaa pystynyt käyttämään, hänellä on tilillä rahaa mut hän ei pysty käyttämään, kun hänellä ei oo toimivia verkkopankkitunnuksia täällä sairaalassa mukana niin hän pystyis verkkopankkitunnusten avulla tekemään monia asioita, siis monia asioita saatais eteenpäin niin mahdollistuis myös että hän vois saada asunnon sitten kun hän pystyis, kenties suostuis maksamaan vuokravakuutta. Hänellä ois ehkä asuntokin tiedossa. Ei välttämättä, no oishan se varmaankin se edunvalvonta laitettu vireille joka tapauksessa ettei ois potilaalle enempää mitään haittaa aiheutunu ja oltais kenties saatu maksettua niitä rästivuokria mitä hänellä siellä on ja jotain ois pystytty tekemään ettei vaan asiat ois menny ulosottoon, tai ehkä ne on jo ulosotossa siellä kaikki mahdollinen, mahdolliset laskut mutta ois ainakin yritetty tehdä jotain.

Puheesta on tulkittavissa, että tilanteen pitkittyessä sosiaalityöntekijän täytyy puuttua potilaan itsemääräämisoikeuteen. Lähtökohtaisesti individualistisen itsemääräämisoikeuden näkökulmasta potilaan tulisi saada itse päättää asioidensa hoitamisesta. Sosiaalityöntekijä oikeuttaa potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttumista sillä, että saataisiin potilaan asioita eteenpäin.

Sosiaalityöntekijä toteaa potilaan olleen ”rahattomana kohta kolme kuukautta”. Määrällistämisellä vakavoitetaan tilannetta, sillä kolme kuukautta on pitkä aika olla rahattomana. Sosiaalityöntekijä vielä lisää, että potilaalla olisi tilillään rahaa, mutta näitä ei ole pystytty käyttämään. Tätä korostetaan ääri-ilmaisulla ”ei ole mitään rahaa pystynyt käyttämään”. On selvää, että tällainen todennäköisesti on aiheuttanut potilaalle jonkinlaista taloudellista haittaa, vaikka sosiaalityöntekijä ei tätä suoraan otteessa kerrokaan. Tarinamuotoisella, yksityiskohtaisella kerronnalla tapahtumien kulusta on saatu vastaanottaja osalliseksi tarinaa siten, että hänen on helppo tehdä edellä mainitun kaltaisia, todennäköisinä pidettyjä oletuksia tarinan kulusta.

Kyseessä olevassa tilanteessa on ongelmana se, että potilaalla ei ole ollut toimivia verkkopankkitunnuksia. Niiden avulla ”monia asioita, siis monia asioita saatais eteenpäin”. Määrällistämisellä välittyy kuva siitä, että useiden asioiden hoito on kiinni verkkopankkitunnuksista, eikä asioita ole voitu hoitaa ilman näitä. Tästä huolimatta potilas ei ole hankkinut itselleen verkkopankkitunnuksia. Puheesta voidaan tulkita, että sosiaalityöntekijä on keskustellut aiheesta potilaan kanssa, mutta avoimeksi jää, miksi potilas on päättänyt, ettei verkkopankkitunnuksia hanki. Kerronnassa tapahtuu käänne, kun sosiaalityöntekijä toteaa, että edunvalvontailmoitus olisi laitettu luultavasti vireille ”joka tapauksessa ettei ois potilaalle enempää mitään haittaa aiheutunu”. Se, että potilas olisi saanut hankittua itselleen toimivat verkkopankkitunnukset, ei siis olisi ollut riittävä osoitus taloudenhoitokyvystä. Puheesta on tulkittavissa, että potilas on aiheuttanut aiemmin itselleen haittaa toiminnallaan, sillä potilaalla on vuokravelkaa edellisestä asunnostaan. Sosiaalityöntekijän

mukaan ulosotossakin lieene jo velkaa. Tällä rakennetaan kuvaa, toisin sanoen kategoriaa, talousasioitaan asianmukaisesti hoitamattomasta potilaasta. Puheesta ei selviä, onko asioiden hoitamatta jättämisen syynä potilaan psyykkinen vointi. Joka tapauksessa vastaanottajalle rakentuu kuva siitä, ettei potilas ole pystynyt ottamaan asioidensa hoitamisesta vastuuta.

Retorisiksi keinoiksi on tunnistettavissa määrällistäminen, ääri-ilmaisut, tarinamuotoinen kerronta, yksityiskohtien käyttö ja kategorisointi. Edunvalvontailmoituksen tekeminen vastoin potilaan tahtoa on yksinkertaisimmillaan tulkittuna paternalistista huolenpitoa, mutta suhteellisen autonomian kautta tulkitsen siihen liittyvän muutakin. Terveyssozialiteetissa on kaksi keskeistä teemaa: asianajotyö (advocacy) ja kykeneväksi tekeminen (enable). Asianajotyö tarkoittaa potilaan etujen puolustamista ja asianajoa. Kykeneväksi tekeminen viittaa valtaistamiseen, joka voi tapahtua myös intervention kautta. (Lindén 1999, 63.) Sosialiteetikijä on toiminut potilaan asioiden ajajana, vaikka se onkin tapahtunut vastoin potilaan tahtoa. Hän toteaa, että ilmoitus on tehty, jotta ”*ois ainakin yritetty tehdä jotain*”, jotta potilaan tilanne oltaisiin saatu ratkaistua potilaan eduksi ja hyödyksi, sillä potilas on rahaton ja asunnoton. Puheesta on myös tunnistettavissa kykeneväksi tekemisen ajatus: edunvalvonnalla on tarkoitus turvata jatkossa elämän perusedellytykset, kuten esimerkiksi taloudellinen jatkuvuus, asunnon saaminen ja asumisen turvaaminen vuokranmaksun varmistamisella. Nämä saavuttamalla potilaalla voisi olettaa olevan paremmat edellytykset itsemääräämisoikeutensa harjoittamiseksi tulevaisuudessa. Vaikka edunvalvonnan alaisuus rajoittaa usein potilaan itsemääräämisoikeutta ”taloudellisen vapauden” osalta, sosialiteetikijä on tulkintani mukaan huomioinut muilla elämän ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilla potilaan autonomista toimijuutta. Esimerkiksi Pirttijärven (2013, 114) lisensiaatintutkimuksessa sosialiteetikijät näkivät edunvalvojan tukevan potilaan arjessa selviytymistä. Voidaan siis ajatella ja olettaa, että edunvalvojan määrääminen voi tuoda tukea potilaan elämään, vaikka sillä onkin myös itsemääräämisoikeutta rajaavaa vaikutusta.

Pitkittynyt tilanne

Talousasioiden hoitaminen ja selvittely on keskeinen osa-alue psykiatrian sosialiteetissa. Neuvonta ja ohjaus ei ole välttämättä riittävää, vaan asioiden hoitamiseksi tarvitaan sosialiteetikijältä konkreettista käytännön apua (Kananoja 2017, 353; Pirttijärvi 2013, 107-110). Ei ole siis tavatonta, että pelkän ohjauksen tai neuvonnan voimin asia voi jäädä potilaalta hoitamatta, ellei hän saa tähän konkreettista tukea, motivointia tai esimerkiksi muistuttelua. Tämä vaati sosialiteetikijältä valppautta tunnistaa sellaiset avuntarpeessa olevat, jotka eivät itse tuo esiin avuntarvettaan. Seuraavaa

puheenvuoroa edeltävästi kysyin, millainen rooli haastateltavien mielestä itsemääräämisoikeudella on heidän työssään sosiaalityöntekijöinä.

H6: kyllä se aina on niinku näkyvissä ja yritään potilaan kanssa yhteistyössä tekeen et eihän me voida väkisin tätä omaa työtä, tätä sosiaalityötä tehdä et muistan eräänki potilaan joka oli pitkään huonossa kunnossa ja hänelle omaiset kiikutti sairaalaan kassikaupalla kotoa avaamattomia laskuja mut hän ei halunnu niitä avata tai korkeintaan välillä päästiin avaamaan mutta niitä ei saatu maksuun ja niitä ei saatu selvitettyä. Et vaikka näki et se olis sen potilaan parhaaksi että siinä laitettas niitä eteenpäin, laitettas ne kuntoon mut en mä voinu tehdä moneen kuukauteen juuri mitään -- ei siihen auttanu muutaku odottaa et hän tuli parempaan kuntoon ja pysty sitten itekin olemaan siinä mukana tai suostu siihen että niitä hänen laskujaan sitte selvitetään ja maksetaan ja sitte pysty oleen mukana kun hän suostu. Sitte pysty auttamaan. Mut oikeestaan ei voi, et siinäki oli se itsemääräämisoikeus et se mitä siinä lopulta pystyin tekeen kun se tilanne pitkitty niin edunvalvontailmotuksen tein. Siit taidettiin keskustella mut hän ei edunvalvojaa itelleen halunnu niin tein sit ilmotuksen. Mut siinä onneks kävi sillai että kun hän tuli parempaan kuntoon, ja tajusi itekin et laskuasiat oli jo tosi pitkään ollu rempallaan niin hän sitte suostu hakeen sitä edunvalvontaa, ja oli tosi helpottunu. Sitte tehtiin yhdessä hakemus ja myöhemmin käytiin maistraatin kuulemisessakin yhdessä.

Otteessa argumentoidaan, että viimekädessä sosiaalityöntekijän on puututtava potilaan itsemääräämisoikeuteen. Individualistisen itsemääräämisoikeusideaalin mukaisesti lähtökohtana on, että potilaan päättää itse asioidensa hoitamisesta. Sosiaalityöntekijä oikeuttaa puuttumista sillä, että tilanne on pitkittynyt.

Sosiaalityöntekijä luo tarinan potilaan tilanteesta: ensin on kunnioitettu potilaan toivetta, vaikka sosiaalityöntekijä näkikin, että potilas ei toimi etunsa mukaisesti. Sosiaalityöntekijä toteaa, kuinka sosiaalityötä ei voi tehdä ”väkisin”, vaan tähän vaaditaan potilaan halukkuutta yhteistyöhön. Tämä on peruslähtökohta työlle, ja korostaa myös sitä, että työn tulee lähteä liikkeelle potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, eli siitä, että potilas saa itse valita haluaako asioida sosiaalityöntekijän kanssa vai ei. Tarina jatkuu kerronnalla siitä, kuinka potilaalle annettiin mahdollisuus osoittaa, että pystyy ottamaan vastuun talousasioidensa hoidosta. Potilaan kanssa on päästy jonkinlaiseen yhteistyöhön, sillä sosiaalityöntekijä toteaa, kuinka he avasivat potilaan kanssa hänen laskujaan. Potilas tosin ei ole suostunut niitä maksamaan.

Potilaasta käytetään psyykkisesti huonovointisen potilaan kategoriaa. Esimerkissä laskujen avaamisesta potilas näyttäytyy vastaanottajalle oikuttelevalta, sillä hän ei ole suostunut laskujen avaamisesta huolimatta selvittelemään laskuasioita saatika maksamaan laskujaan. Toisaalta

sosiaalityöntekijä toteaa, että potilas ei olisi aluksi halunnut laskuja avata, ja ääri-ilmaisusta ”*korkeintaan*” on tulkittavissa, että laskujen avaaminenkaan ei ollut itsestäänselvyys. Kyseisessä tilanteessa sosiaalityöntekijä odotti, että potilaan psyykkinen vointi kohenisi, ja hän pystyisi ottamaan realistisemmin kantaa asioidensa hoitoon. Tilanteen pitkittymisestä ja sosiaalityöntekijän toimettomuudesta kertoo lainaus ”*en mä voinu tehdä moneen kuukauteen juuri mitään*”, joka toimii tässä kohtaa ääri-ilmaisuna. Kyseisestä ilmaisusta voi myös tulkita jonkinlaista turhautumista tilanteeseen ja siihen, ettei sosiaalityöntekijä ole voinut tilanteelle mitään. Kaikkiaan kerronta luo kuvan siitä, että potilaan itsemääräämisoikeutta on yritetty kunnioittaa, vaikka se tuottaa potilaalle taloudellista vahinkoa. Tässä kohtaa on siis kunnioitettu potilaan oikeutta tehdä itselleen epäedullisia valintoja. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimintatapoja on vältelty niin pitkään, kuin mahdollista. Lopulta tilanne kuitenkin pitkittyi siinä määrin, että edunvalvontailmoitus oli tehtävä. Tarinankerronnassa käytetään tehostekeinoja yksityiskohtaista kerrontaa, ääri-ilmaisuja, kuten ”*korkeintaan välillä päästiin avaamaan*”, ”*en voinut tehdä juuri mitään*” sekä määrällistämistä, kuten ”*pitkään huonossa kunnossa*” ja ”*laskuasiat oli jo tosi pitkään ollu rempallaan*”.

Retorisina keinoja sosiaalityöntekijän puheessa on narratiivi, ääri-ilmaisut, yksityiskohtaiset ilmaisut ja kategoria. Tilanteen seurannasta ja potilaan toiveiden kunnioittamisesta on siirrytty lopulta itsemääräämisoikeutta rajaavaan toimeen eli edunvalvontailmoituksen tekemiseen. Perusteluna on, että tilanne, eli tässä tapauksessa talousasioiden laiminlyönti, kesti monta kuukautta, eikä tilanteeseen tullut muutoin muutosta. Asioiden eteenpäinviemistä kuvaava puhetapa ”*laitettas niitä eteenpäin, laitettas ne kuntoon*” on viimesijaisuuden diskurssille tyypillistä. Itsemääräämisoikeusnäkökulma on aluksi individualistinen, potilaan toivetta ja tahtoa korostava. Lopulta se muuttuu vahingon tai tilanteen huonontumisen välttämiseksi, kun sosiaalityöntekijä ryhtyy potilaan tilannetta edistäviin tahdonvastaisiin toimiin eli edunvalvontailmoituksen tekemiseen. Erityisen mielenkiintoisen potilaan itsemääräämisoikeudesta tekee otteen viimeinen lause. Siinä todetaan, että potilaan psyykkinen vointi tuli viimein paremmaksi, ja lopulta potilas oli itsekkin sitä mieltä, että tarvitsee edunvalvojaa talousasioiden hoitoon. Potilaan kerrotaan olleen helpottunut, kun edunvalvojaa on haettu, ja asian eteenpäin vieminen jatkui yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa.

Itsemääräämisoikeus on kyseisessä potilastapauksessa hyvin suhteellista, sillä se vaihtelee potilaan psyykkisen voinnin (ajallinen aspekti) ja tilanteen vakavuuden mukaan (tilannekohtaisuus). Itsemääräämisoikeutta rajoittavalla lähestymistavalla on päädytty tilanteeseen, joka lopulta oli myös potilaan oman tahdon mukaista. Tulkintani mukaan potilaalla on ollut edes jonkinlaista halua talousasioiden hoitoon, sillä hän on suostunut avaamaan joitakin laskuistaan sen sijaan, että on kieltäytynyt täysin koko asian käsittelemisestä. Otteesta on tulkittavissa, että sosiaalityöntekijä on

tavannut potilasta monta kertaa. Tutustumalla potilaaseen sosiaalityöntekijä on tehnyt arvion siitä, mikä potilaan etu tilanteessa on, ja miten tätä tulisi tavoitella. Vaikka edunvalvontailmoituksen tekeminen on itsessään potilaan itsemääräämisoikeutta rajaavaa, on kyseisessä tilanteessa kunnioitettu potilaan itsemääräämisoikeutta ja individualistista itsemääräämisoikeusnäkökulmaa niin pitkälle, kun se on ollut mahdollista.

Viimesijaisuuden diskurssissa korostuu paternalistinen näkökulma käytettyjen interventiomuotojen vuoksi. Kaikissa analyysissä esitetyissä otteissa ja niissä kyseessä olleissa potilastapauksissa viimesijaisena keinona potilaan tilanteen ja asioiden eteenpäin viemiseksi on käytetty edunvalvontailmoituksen tekemistä vastoin potilaan tahtoa. Toisaalta ilmeisen edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä on tehtävä ilmoitus holhousviranomaiselle (Asiakaslaki 812/2000, 9§), joten sosiaalityöntekijöillä on myös tähän velvoite. Ilmoituksen tekeminen puuttuu joka tapauksessa yksilön itsemääräämisoikeuteen. Tarkasteltaessa toimintaa suhteellisen autonomian näkökulmasta, edunvalvontailmoituksen tekoa ei voida nähdä vain paternalistiseksi huolenpidoksi. Tulkitsen, että edunvalvontailmoituksen tekemisellä pyritään potilaan autonomisen toimijuuden vahvistamiseen, vaikka se lähtökohtaisesti kuulostaakin paradoksaaliselta. Edunvalvonnalla voidaan esimerkiksi turvata potilaalle tietyt elämän perusedellytykset. Lisäksi sosiaalityöntekijät pyrkivät luomaan potilaan kanssa yhteistyötä ja pyrkivät tutustumaan potilaaseen muun muassa tapaamalla potilasta ja keskustelemalla potilaan kanssa. He osallistivat potilasta asioidensa hoitamisessa ja päätöksenteossa ja kävivät potilaan kanssa neuvotteluita näistä asioista, sekä kuuntelivat ja keskustelivat potilaan kanssa. Suhteen luominen on olennainen suhteellisen autonomian piirre, joka erottaa suhteellisen autonomian ja paternalismin toisistaan; siinä missä paternalismissa ohitetaan potilaan oma tahto ja mielipide sen verukkeella, että ammattilaisten katsotaan tietävän, mikä on potilaan parhaaksi, suhteellisessa autonomiassa taas nimenomaan pyritään tutustumaan potilaaseen ja tämän pohjalta arvioimaan, mikä on potilaan etu.

6 Johtopäätökset

Tutkimuksen toteutus

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut, millaisia diskursseja psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät tuottavat potilaan suhteellisesta autonomiasta, ja miten niitä perustellaan ja oikeutetaan tietyillä retorisilla keinoilla. Olen perustanut tutkimukseni suhteellisen autonomian näkökulmaan (relational autonomy). Suhteellisen autonomian olen määrittänyt kirjallisuuden ja siitä tekemieni tulkintojen mukaan sekä sosiaalisissa suhteissa tapahtuvaksi että suhteelliseksi. Ensimmäinen näkökulma tarkoittaa sitä, että sosiaalisilla suhteilla on vaikutusta itsemääräämisoikeuden toteuttamisedellytysten, eli kykyjen ja kompetenssin kehittymiseen sekä itsemääräämisoikeuden käyttämiseen mahdollisuuksiin (esim. McLeod & Sherwin 2000). Olennaista on tunnustaa, että joissakin elämäntilanteissa me kaikki tarvitsemme apua ja tukea muilta ihmisiltä, ja ihmisen sosiaalisen luonteen vuoksi on odotettavaa, että muut ihmiset vaikuttavat aina päätöksentekoomme esimerkiksi neuvomalla, luomalla odotuksia ja oletuksia sekä olemalla emotionaalisena tukena päätöksentekotilanteissa (Walter & Ross 2014, 16, 21-22). Suhteellisen autonomian mukaisissa toimintatavoissa on olennaista luoda työntekijän ja potilaan välille (yhteistyö)suhde ja oppia tuntemaan potilas ja hänen näkökulmansa (Heidenreich ym. 2017). Suhteellisen autonomian toinen näkökulma, eli suhteellisuus viittaa siihen, että itsemääräämisoikeus on suhteellista tilanteeseen ja kyseessä olevaan asiaan nähden. Se ei ilmene tasaisena kaikkina aikoina ja kaikkien asioiden kohdalla, vaan on ajoittain suhteutettua. Omassa tutkimuksessani tämä voi tarkoittaa sellaista tilannetta, kun ihmisen psyykkinen vointi on huonontunut tai kriisiytynyt.

Teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa olen hyödyntänyt suhteellisen autonomian lisäksi aiempaa tutkimusta individualistisesta itsemääräämisoikeudesta (luku 2.1) ja paternalismista (luku 2.2). Näitä voidaan pitää perinteisinä tapoina ymmärtää itsemääräämisoikeus. Individualistisessa itsemääräämisoikeusnäkökulmassa korostuu yksilökeskeisyys, yksilön omaehtoisuus, valinnanvapaus ja itseohjautuvuus sekä itsemääräämiseen liittyvät oikeudet ja vastuut. Olennaista on, ettei yksilö, tai tässä kohtaa potilas, nojaudu päätöksenteossaan ja valinnoissaan liikaa ammattilaisiin ja muuhun sosiaaliseen verkostoonsa. Riippuvuus ammattilaisista nähdään haitalliseksi. Sen sijaan individualistisessa itsemääräämisoikeudessa korostetaan yksilön päätöksenteon autenttisuutta eli sitä, että yksilön tekemät ratkaisut perustuvat hänen omiin käsityksiinsä ja haluihinsa, sekä itsenäiseen harkintaan (Pietarinen 1994, 16, 22). Paternalistinen näkökulma taas korostaa ammattilaisten vastuunoton, päätösvallan, kontrollin sekä heidän tarjoamansa hoivan ja huolenpidon tärkeyttä

tilanteissa, joissa potilaan ei katsota olevan terveydentilansa vuoksi kykenevä tekemään itseään koskevia päätöksiä. Paternalismissa tämänkaltaisen vallankäytön avulla on tarkoitus tehdä hyvää ja tavoitella potilaan etua ja parasta, kun hän ei tätä itse ymmärrä tai ei pysty tämän mukaisesti toimimaan ja tekemään valintoja. Paternalismissa on tapana ohittaa potilaan oma näkemys sen perusteella, että ammattilaisten katsotaan tietävän, mikä potilaalle on parhaaksi.

Näen, että suhteellinen autonomia kuvastaa kokonaisuudessaan kaikkia itsemääräämisoikeuden tilannekohtaisesti realisoituvia muotoja, sen kunnioittamista ja rajaamista. Se sisältää siis liikkumisen myös paternalistisen ja individualistisen itsemääräämisoikeuden ja niiden välimuotojen välillä. Suhteellisessa autonomiassa itsemääräämisoikeuden ei katsota olevan staattinen tila, vaan ihmisen mahdollisuuksissa ja kapasiteetissa toteuttaa sitä on vaihtelua tilanteen mukaan. Siten olennaista on tilanne-, vuorovaikutus- ja aihekohtaisuus. Keskeistä on myös ammattilaisten tahtotila ja velvoite potilaan itsemääräämisoikeuden ja sen harjoittamiseen tarvittavan kapasiteetin vahvistamiseen. Suhteellisen autonomian käsite on ohjannut minua keskittymään aineistossa niihin puhetapoihin, joissa sosiaalityöntekijät havainnollistavat itsemääräämisoikeuden toteutumisen moninaisuutta ja tilannekohtaisuutta potilastyössään, ja näkevät tarvetta perustella individualistisesta itsemääräämisoikeudesta etäisyyttä ottavia toimintatapojaan tai näkemyksiään. Suhteellinen autonomia ilmenee siten tilanteissa, joissa sosiaalityöntekijät eivät voi toimia yleisten ja myös sosiaalityössä korostettujen individualististen itsemääräämisoikeusideaalien mukaisesti.

Keräsin aineistoni erään erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvan psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastatteluina. Tein kaksi erillistä ryhmähaastattelua siten, että yksittäiseen ryhmähaastatteluun osallistui kolme sosiaalityöntekijää. Yhteensä haastatteluissa oli siis kuusi sosiaalityöntekijää. Ryhmähaastattelut olivat avoimia teemahaastatteluja. Sosiaalityöntekijät työskentelevät psykiatrisessa sairaalassa sellaisilla osastoilla, joissa osa potilaista on hoidossa tahdostaan riippumatta. Sosiaalityöntekijät työskentelevät täysi-ikäisten potilaiden kanssa.

Tutkimustulokset

Tutkimusaineistosta eli sosiaalityöntekijöiden haastattelupuheesta oli tulkittavissa kolme erilaista diskurssia potilaan suhteellisesta autonomiasta. Ne ovat *huolenpidon diskurssi*, *riskipuheen diskurssi* ja *viimesijaisuuden diskurssi*. Olen erotellut diskurssit toisistaan suhteellisen autonomian *perustelutapojen* mukaan, enkä itsemääräämisoikeuden muodon, eli esimerkiksi sen kunnioittamisen tai rajoittamisen mukaan. Diskurssit ovat siis muotoutuneet suhteellisen autonomian sisällön mukaan. Kaikissa diskursseissa on omat tyypilliset tapansa perustella ja oikeuttaa potilaan

itseäänmääräämisoikeuteen puuttumista. Aineiston analyysi on tehty retorisen diskurssianalyysin keinoin, jota olen käsitellyt tarkemmin luvussa 4.2. Seuraavaksi esitän taulukon diskursseista ja niihin sisältyvistä suhteellisen autonomian käytön perusteluista.

Taulukko 1.

Diskurssit ja suhteellisen autonomian käytön perustelut	
Huolenpidon diskurssi	Potilaan etu Potilaan huono psyykkinen vointi
Riskipuheen diskurssi	Vahingon ja tilanteen huonontumisen välttäminen
Viimesijaisuuden diskurssi	Viimesijainen keino Tilanteen pitkittyminen Asioiden eteenpäin saaminen

Huolenpidon diskurssi on yleisin aineistossa esiintyvä diskurssi. Tämä ei ollut sinällään yllätys, sillä huolenpito –ja auttamistyö on sosiaalityön ydintä (ks. esim. Juhila 2006). Näen huolenpidon diskurssin erityisesti psykiatrian sosiaalityölle ominaiseksi. Huolenpidon diskurssi perustuu ideaaliin potilaan parhaan ja edun toteuttamisesta tilanteissa, joissa potilas ei sitä itse pysty turvaamaan huonon psyykkisen voinnin vuoksi. Huolenpidon diskurssissa siirtymää potilaan individualistisen itseäänmääräämisoikeuden mukaisesta toimintatavasta itseäänmääräämisoikeuden rajaamiseen perustellaan siis potilaan edulla ja psyykkisellä huonovointisuudella. Terveystilaan vetoaminen on tehokas retorinen keino, sillä se on liitettävissä yleiseen yhteiskunnalliseen yhteisymmärrykseen siitä, että sairaista tulee pitää huolta. Toisaalta se sisältää huolenpidonvelvoitteen, jota on noudatettava heitteillejätön uhalla. Huolenpidon diskurssissa sosiaalityöntekijöiden puheissa olikin ajoittain läsnä heitteillejätön näkökulma, ja tähän liittyvä työntekijän velvollisuus huolenpitoon ja vastuunottoon.

Potilaan etu voi olla käsitteenä epämääräinen, sillä se käsittää erilaisia näkökulmia riippuen siitä, mitä puhuja tarkoittaa edulla. Toisaalta se on myös kategorinen retorinen keino, koska potilaan etu herättää meissä kaikissa jonkinlaisia ennakko-oletuksia ja ajatuksia. Huolenpidon diskurssissa potilaan etu on tullut sosiaalityöntekijöiden puheessa suorasti tai epäsuorasti määritellyksi. Ensimmäisessä otteessa potilaan etu on, ettei hänelle koidu hankaluuksia asioiden hoitamatta jättämisestä. Toisessa otteessa se on, että potilas voi elää turvallisessa ja psyykkistä vointia sekä arjen sujuvuutta tukevassa

asuinympäristössä. Kolmannessa otteessa potilaan etu on saada elää ilman väkivaltaa tai sen uhkaa, sekä elää asumiskelpoisessa asunnossa. Nähdäkseni aineiston sosiaalityöntekijöiden näkemyksissä on samaa, kuin sosiaalihuoltolain (1301/2014, 4§) mukaisessa asiakkaan edun määrittelyssä. Aineistossa korostuu huolenpidon diskurssi ja suhteellisen autonomian mukaiset toimintatavat erityisesti haettaessa ratkaisua asumistilanteeseen eli kysymykseen siitä, missä potilaan tulisi nykytilanteessa sairaalasta kotiutuessaan asua.

Riskipuheen diskurssissa on läsnä jokin konkreettinen riski, jonka toteutumista sosiaalityöntekijä pyrkii toiminnallaan estämään. Tilanteeseen puuttumisen tai ennaltaehkäisyn ajatuksena on vahingon, suuremman haitan tai tilanteen huonontumisen välttäminen. Riskipuheen diskurssissa nämä toimivatkin suhteellisen autonomian mukaisten toimintatapojen perusteluna ja oikeutuksena. Riskipuheen diskurssin korostuu tilanteissa, joissa on kyse asumiseen liittyvistä asioista, kuten asumisen turvaaminen ja asunnottomuuden ehkäiseminen tai häättöasian selvittely. Lisäksi riskipuheen diskurssissa on erityisen keskeistä taloudellisen kriisin ehkäiseminen. Esimerkiksi Sawyerin (2009, 446) australialaisessa tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujiin liittyväksi riskeiksi nähtiin heidän haavoittuvainen asemansa yhteiskunnassa, kuten alttius hyväksikäytölle, vaikeus tavoittaa ja saada palveluja, sosiaalinen eristäytyneisyys ja elämän kapeutuminen sekä tästä johtuva arjen niukkuus. Nähdäkseni riskipuheen diskurssissa on samankaltaisuutta Sawyerin tutkimuksessa esiin tulleiden riskien kanssa. Esimerkiksi taloudellisen kriisin ja asunnottomuuden voidaan olettaa johtavan elämän sisällön ja arjen kapeutumiseen, sekä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen.

Riskipuheen diskurssissa itsemääräämisoikeuteen puuttuvaa interventiota perustellaan siis riskillä itsellään, ja sillä, mihin tilanne voi johtaa, jos siihen ei puututa. Kyseessä voi olla nykytilanteeseen puuttumista tai vahingon ennaltaehkäisemisestä. Erityisesti itsemääräämisoikeutta rajaavien ennaltaehkäisevien toimintatapojen kohdalla tullaan kysymykseen riskienhallinnan vaateesta, jota sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattilaisten vastuulle on yhteiskunnassamme siirretty.

Viimesijaisuuden diskurssissa itsemääräämisoikeuteen puuttuvia toimintatapoja perustellaan ja oikeutetaan sillä, että muita mahdollisia toimintatapoja ei ole käytettävissä. Viimesijaisuus perustuu myös siihen, että tilanne on kestänyt pitkään, ja sosiaalityöntekijän on pakko hoitaa potilaan asioita saadakseen tilanteeseen muutosta. Diskurssille on kaiken kaikkiaan ominaista vaihtoehdottomuus. Potilaan asioiden tai tilanteen selvittämiseksi on yritetty monenlaisia keinoja, mutta nämä eivät ole toimineet. Tässä diskurssissa korostuukin erityisesti se, kuinka potilaan individualistista itsemääräämisoikeutta on pyritty kunnioittamaan niin pitkälle, kun se on ollut mahdollista. Tämä tuli esiin sen kautta, että tilannetta on yritetty ensisijaisesti ratkaista potilaan omien toiminta- ja

ratkaisuehdotusten mukaisesti, ja tämän mukaan on pyritty toimimaan mahdollisimman pitkään. Viimesijaisuuden diskurssissa potilaan itsemääräämisoikeutta ollaan kuitenkin valmiita rajoittamaan potilaalle haitallisen ja vahingollisen tilanteen pitkittyessä ja toimintavaihtoehtojen loputtua. Potilaan tilanne saavuttaa siis lopulta sellaisen ”kriittisen pisteen”, mikä saa sosiaalityöntekijän toimimaan vastoin potilaan itsemääräämisoikeutta. Tulkintani mukaan tämän kriittisen pisteen muodostaa vaihtoehdottomuuden, tilanteen pitkittymisen ja asioiden tai tilanteen edistämisen tarpeen samanaikainen läsnäolo. Diskurssissa tätä kuvastaa sosiaalityöntekijöiden kuvaukset siitä, että tilanteessa on lopulta *pakko* toimia. Retoriikan näkökulmasta pakko on tehokas tapa rakentaa faktaa ja uskottavaa argumenttia.

Viimesijaisuuden diskurssille on siis ominaista, että lopulta on todettava, että kaikki muut ensisijaiset keinot on käytetty, ja asioiden tai tilanteen eteenpäin viemiseksi on käytettävä viimesijaisinta keinoa, joka on myös usein itsemääräämisoikeuden kannalta rajoittavin keino. Kaikissa viimesijaisuuden diskurssin aineisto-otteissa tämä viimesijainen keino on edunvalvontailmoituksen tekeminen vastoin potilaan tahtoa. Viimesijaisuuden diskurssissa asioiden ja tilanteen eteenpäin viemisellä viitattiin monesti sellaisiin asioihin, joita tulee hoitaa, selvittää ja järjestellä, jotta potilas on mahdollista kotiuttaa sairaalasta.

Vaikka olenkin taulukossa 1 määritellyt potilaan edun ensisijaisesti huolenpidon diskurssissa käytetyksi perusteluksi, potilaan etu ja tähän liittyvä hyvän tekemisen ajatus on tunnistettavissa sosiaalityöntekijöiden perusteluiden taustalta jokaisessa diskurssissa. Tämä onkin odotettua, sillä sosiaalityöntekijöiden tulee turvata potilaan oikeudet ja etu ja myös tulkita ja arvioida mitä nämä kulloinkin tarkoittavat, kun toimitaan tämän puolesta tai hänen tahdostaan riippumatta silloin, kun potilas pysty tekemään omaan harkintakykyyn perustuvaa päätöstä (NASW 2017, 16). Syy, miksi potilaan etu on nimenomaan huolenpidon diskurssissa vahvasti esillä, johtuneee diskurssin luonteesta: huolenpidon diskurssissa korostuu nimenomaan hoiva ja huolenpito, psyykkisesti sairaista ihmisistä huolehtiminen ja heitteillejätön välttäminen.

Olen pohtinut analyysissä jokaisen aineisto-otteen kohdalla myös sitä, miltä potilaan itsemääräämisoikeus ja sosiaalityöntekijän toimintatapa näyttävät suhteellisen autonomian näkökulmasta. Tämän kautta olen linkittänyt analyysiä tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Seuraavaksi esitän taulukon siitä, millaisena itsemääräämisoikeus sosiaalityöntekijöiden puhetavoissa näyttäytyi, ja millaisia piirteitä niistä oli tunnistettavissa.

Taulukko 2.

Suhteellisen autonomian sisältö aineistossa	
Huolenpito	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autonomisen toimijuuden suojeleminen/vahvistaminen, sosiaalista toimintakykyä häiritsevien tekijöiden ja sosiaalisten esteiden ehkäiseminen/poistaminen rajoittamalla itsemääräämistä hetkellisesti ➤ Toimintatavalla turvataan ja vahvistetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen käyttämisen edellytyksiä tulevaisuudessa ➤ Potilaan edun arviointi ja tämän tavoittelu
Hyvän tekeminen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potilaan kuulluksi tuleminen ja osallistaminen itsemääräämisoikeutta rajaavista toimintatavoista huolimatta ➤ Yhteistyön tavoittelu ja sosiaalityöntekijä-potilassuhteen rakentaminen
Vahingon ja tilanteen huonontumisen välttäminen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensimmäisessä yritetty muita keinoja tilanteen selvittämiseksi, ja yritetty toteuttaa potilaan toiveet, tahto ja toimintaehdotukset ➤ Itsemääräämisoikeutta rajoitetaan mahdollisimman vähän ja viimeisenä keinona

Suhteellisen autonomian mukaiset toimintatavat näyttäytyivät diskursseissa huolenpitona, hyvän tekemisenä sekä vahingon ja tilanteen huonontumisen välttämisenä. Taulukon oikealla puolella olen tarkentanut, mitä nämä suhteellisen autonomian kannalta tarkoittavat. Ensimmäisenä itsemääräämisoikeutta on tarkoitus rajata vain tietyn hetken, tietyn asian tai tietyn tilanteen kohdalla. Siten itsemääräämisoikeutta rajaavat toimintatavat ilmenevät vain jossakin tietyssä tilanteessa jättäen tilaa potilaan itsemääräämisoikeudelle muilla alueilla. Itsemääräämisoikeuden rajaamisella pyritään suojaamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja sitä, että hänellä olisi tulevaisuudessa mahdollisuus autonomiseen toimijuuteen. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi erilaisten kykyjen ja kompetenssin tai niiden kehittymisen edistämistä tai suojaamista.

Kaiken kaikkiaan tarkoituksena on, että rajoittamalla hetkellisesti potilaan autonomiaa, itsemääräämisoikeus ja sen käyttämisen edellytykset vahvistuisivat tulevaisuudessa (esim. Pullman & Hodgkinson 2016; Specker Sullivan & Niker 2018, 655), eikä tarkoituksena ole siis kiistää, etteikö potilas voisi olla jatkossa individualistisen itsemääräämisoikeusnäkökulman mukaisesti itsemääräävä. Esimerkkinä esitän huolenpidon diskurssin aineisto-otteesta sosiaalityöntekijän kuvaileman tilanteen: potilas siirtyy ympärivuorokautisen, tehostetun tuen asumispalveluun, vaikka potilas itse halusi hankkia itselleen oman vuokra-asunnon, johon kotiutua sairaalasta.

Sosiaalityöntekijän mukaan työryhmässä arvioitiin, että potilaan tahdon noudattaminen olisi heitteillejätto, sillä potilas oli kovin sairas psyykkisesti. Tulkintani mukaan potilaan autonomista toimijuutta on vahvistettu käytetyllä toimintatavalla, sillä potilas pystyy todennäköisemmin kehittämään ja ylläpitämään itsemääräämisoikeuden harjoittamiseksi tarvittavia kykyjä ympäristössä, missä hän saa tähän tukea. Siten potilaan muuttaminen tehostetun palveluasumisen yksikköön voi itseasiassa vahvistaa hänen autonomiaansa verrattuna siihen, että potilas asuisi psyykkisesti huonovointisena yksin omassa vuokra-asunnossa ilman tukiverkostoa. Suhteellisessa autonomiassa huomioidaan siis ajatus ”kykeneväksi tekemisestä” (enable), eli siitä, että tilanteessa käytetyillä toimintatavoilla ja toimenpiteillä voitaisiin tukea potilaan edellytyksiä toimia itsenäisemmin tulevaisuudessa.

Huolenpidolla tavoiteltiin myös potilaan etua. Suhteellisessa autonomiassa keskeistä on se, että potilaan edun sisältö arvioidaan ja tulkitaan tilannekohtaisesti. Tämä tulkinta perustuu siihen, että työntekijät tuntevat potilaan. Potilaan etua ei siis määritellä täysin ammattilaisten näkökulmasta vaan tähän vaikuttaa se, mitä potilaasta ja hänen tahdostaan tiedetään, ja nämä huomioidaan potilaan edun arvioinnissa. Suhteen luomisesta ja potilaaseen tutustumisesta esitän esimerkiksi viimesijaisuuden diskurssin aineisto-otteesta: sosiaalityöntekijä kuvailee tavanneensa potilasta ja kuunnelleensa useaan otteeseen hänen näkemystään siitä, miten hän haluaisi hoitaa asiansa ja saada raha-asiansa kuntoon. Potilaan ehdottamat toimet eivät kuitenkaan ole olleet riittäviä tai asianmukaisia asian selvittämiseksi. Tapaamalla ja tutustumalla potilaaseen sosiaalityöntekijä on kuitenkin saanut selville, että potilaan toiveena on saada asiat hoidetuksi ja raha-asiat kuntoon. Lopulta kyseisessä otteessa sosiaalityöntekijä on päätenyt tekemään edunvalvontailmoituksen, vaikka potilas ei ole halunnut itselleen edunvalvojaa. Vaikka edunvalvojaa haetaan vastoin potilaan tahtoa ja potilaan itsemääräämisoikeutta rajataan, on kuitenkin sosiaalityöntekijän ja potilaan tavoite sama: saada raha-asiat kuntoon. Sosiaalityöntekijä on potilaaseen tutustumalla tehnyt tilannekohtaisesti arvion siitä, mitä potilaan etu kyseisessä tilanteessa on, ja myös mitä potilas itse toivoo.

Nähdäkseni tällaisten seikkojen selvittäminen ja niille herkistyminen on tärkeää psykiatrisen potilaiden kohdalla, sillä sairauden akuutissa vaiheessa potilaan toiveet ja tahto ei välttämättä ole linjassa sen kanssa, mitä potilas toinnuttuaan toivoisi. Suhteellisen autonomian mukaisiin toimintatapoihin sisältyi aineistossa myös potilasta osallistavia toimintatapoja, kuten potilaan kuuntelemista, näkökulman huomioimista ja mielipiteiden kysymistä. Sosiaalityöntekijät mainitsivat tavanneensa potilasta monta kertaa, mikä kertonee siitä, että tarkoituksena on ollut tutustua potilaaseen sekä rakentaa työntekijän ja potilaan välistä suhdetta. Muotoilin yllä esittämäni taulukkoon ”yhteistyön tavoittelu” yhteistyön saavuttamisen sijasta sen vuoksi, että

sosiaalityöntekijöiden puheesta oli tulkittavissa, että psykiatrian sosiaalityössä ideaalitilanteen kaltaiseen yhteistyöhön ei välttämättä potilaan kanssa päästä, mutta tähän kuitenkin pyritään ja tätä tavoitellaan.

Suhteellisessa autonomiassa oli selvästi tunnistettavissa toimintatapoja, joissa lähtökohtana on ollut täysin potilaan omat toiveet ja tahto. Joissakin otteissa tällaisia toimintatapoja noudatettiin, vaikka sosiaalityöntekijä totesi, että hänen mielestään tilanne oli potilaan etua vastaan. Edellä mainittu tuo esiin sen, että myös suhteellisessa autonomiassa individualistiset toimintakäytännöt ovat läsnä. Tämä tarkoittaa potilaan toiveiden, tahdon ja siten myös itsemääräämisoikeuden korostamista, ja potilaan oikeutta myös itselleen haitallisten valintojen tekemiseen. Tilanteesta ja kyseessä olevasta asiasta riippuen lopullinen päätösvalta voi siis olla potilaalla itsellään, eikä potilasta aseteta automaattisesti kaikkine elämän osa-alueineen huolenpidon ja hoivan kohteeksi psyykkisestä sairaudestaan huolimatta. Suhteellisen autonomian periaatteiden mukaisesti olennaista onkin itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tilanne- ja aihekohtainen arviointi, mikä tapahtuu vuorovaikutuksen ja työntekijä-potilassuhteen luomisen kautta.

Pohdintaa tutkimuksen toteuttamisesta ja tuloksista

Haluan korostaa, että tutkimukseni analyysin rakentamisessa olen ollut sosiaalityöntekijöiden kertomien esimerkkien varassa. Diskurssianalyysissä ei ole tarkoitus lähteä tekemään tulkintoja sellaisista asioista, joista haastateltavat eivät ole maininneet tai josta ei ole annettu ”selkeitä vihjeitä”. En esimerkiksi tiedä, mitä muita keskusteluja potilaan, työyhteisön tai muun verkoston kanssa on käyty. Taustalla voi olla paljon muitakin potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä tekijöitä, mitä sosiaalityöntekijä ei ole haastattelussa avannut. Näkökulmani siis perustuu haastatteluaineiston diskurssianalyttiseen tarkasteluun eli haastattelusta teoreettisiin perustein valitsemini aineisto-otteisiin, ja siihen, mitä näissä otteissa on kerrottu. Analyysi ja pohdinta koskevat enemmänkin aineistosta tulkitsemiani suhteellisen autonomian diskursseja, kuin tosiasiallisia potilastilanteita. Haluan myös painottaa, että valitsin tutkimukseeni nimenomaan aineistosta ne otteet, joissa itsemääräämisoikeuteen puututtiin tavalla tai toisella, ja joissa tätä ratkaisua pohditaan ja perustellaan. Aineistossa on myös paljon puheenvuoroja ja keskustelua ongelmattomasta potilaan (individualistisen) itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta.

Vaikka aineisto-otteissa oli tunnistettavissa potilaan itsemääräämiseen puuttuvia toimintatapoja, tämä ei ollut lähtökohtaisesti ensisijainen toimintatapa. Sosiaalityöntekijät kertoivat haastatteluissa, että ensiksi tilannetta selvitetään ja asioista puhutaan moneen otteeseen potilaan kanssa yrittäen löytää

jokin muu ratkaisu, kuin itsemääräämisoikeutta rajaavat toimintatavat. Tämä tarkoittaa muun muassa useiden keskustelujen käymistä erilaisilla kokoonpanoilla: kahden kesken potilaan kanssa, yhdessä potilaan, lääkärin ja hoitajan kanssa tai suuremman viranomais- ja läheisverkoston kanssa. On myös tyypillistä odottaa, että potilaan psyykkinen vointi kohentuisi, jonka myötä potilas pystyisi olemaan paremmin yhteistyössä tai kertomaan johdonmukaisemmin toiveitaan ja tahtoaan. Haastatteluista kävi myös ilmi, että itsemääräämisoikeuteen puuttuminen voi tuottaa sosiaalityöntekijöille eettistä ristiriitaa, ja tilanteet koetaan ajoittain hankaliksi. Psykiatristen potilaiden kanssa työskentelevät sosiaalityöntekijät tyypillisesti kamppailevatkin vallan, vastuun ja ammatillisuuden kanssa potilaan elämään puuttuvien interventiodien käyttämisen ja itsemääräämisen kunnioittamisen välillä (Scheyett ym. 2009, 299).

Aineisto-otteet olivat retorisen luennan näkökulmasta antoisia ja monipuolisia, jonka vuoksi koin retoriikan analyysin tarkoituksenmukaiseksi ja sujuvaksi. Kaikkien luvussa 4.2 eriteltyjen retoristen keinojen käyttöä oli tunnistettavissa tasaisesti sosiaalityöntekijöiden puheesta. Kuitenkin erityisesti kategorioiden käyttö herätti huomioni. Ajoittain argumentoinnissa käytetty retoriikka näytti rakentuvan pitkälti potilaan kategorisoinnille tietynlaiseksi henkilöksi. Potilas siis kuvattiin tietynlaiseksi (esim. psyykkisesti huonovointisen kategoria, asioitaan hoitamattoman potilaan kategoria), jonka varaan muu retorinen perustelu rakentui. Sosiaalityössä onkin ollut keskustelua siitä, millaisia vaikutuksia sillä on, miten asiakkaita kategorisoimme ja kuinka heistä puhumme. Siten myös huolenpitoa korostavassa sosiaalityössä on läsnä valta. Asiakkaan tai potilaan määrittäminen riippuvaiseksi, pärjäämättömäksi tai toivottomaksi tapaukseksi voi johtaa siihen, että huolenpito laajentuu liialliseksi holhoavuudeksi. (Juhila 2006, 171-173.)

Omassa tutkimuksessani kategorisointia voisi pohtia myös siitä näkökulmasta, miten ja millaisilla kriteereillä potilaan kompetenssia määritellään. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltavana olevassa ”itsemääräämisoikeuslaissa” onkin tarkoitus säätää myös itsemääräämiskyvyn arvioinnista (STM 2018). Psykiatrian sosiaalityön kontekstissa on tässä kohtaa olennaista huomioida moniammatillinen työympäristö eli se, että pohdintaa käydään yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa, joten tulkinnat rakentuvat yhteistyön tuloksena, eivätkä vain sosiaalityöntekijöiden toimesta. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisikin, millainen rooli sosiaalityöntekijällä ja sosiaalityön asiantuntijuudella on moniammatillisessa työskentelyssä potilaan kompetenssin ja itsemääräämiskyvyn määrittelyssä, vai onko sosiaalityöllä tässä lainkaan vakiintunutta roolia Suomessa. Esimerkiksi Davitt ja Kaye (1996, 47-48) näkevät, että sosiaalityöntekijällä on oma roolinsa potilaan päätöksentekokyvyn arvioinnissa.

Yksi tutkimukseni haasteista oli se, että vaihdoin aineiston analyysimenetelmää siinä vaiheessa, kun olin aloittamassa aineiston analyysiä. Alun perin tarkoitukseni oli tutkia kokemuksia ja noudattaa fenomenologista näkökulmaa, ja toteuttaa analyysin sisällön analyysi keinoin. Lisäksi tutkimuskysymykseni keskittyivät aluksi psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajaamisen ja kunnioittamisen väliseen punnintaan ja eettiseen ristiriitaan sen sijaan, että olisin painottanut suhteellisen autonomian näkökulmaa. Näiden edellä mainittujen lähtökohtien pohjalta rakensin myös ryhmähaastattelut. Analyysimenetelmää vaihtaessa ja tutkimuskysymyksiä tarkentaessa mielessäni kävikin, muuttuuko tutkimuksen luotettavuus, kun haastattelu on toteutettu hieman erilaisella painotuksella. Asiaa pohtiessani ja aineistoa läpikäydessäni kuitenkin totesin, että retorinen diskurssianalyysi sopii aineiston analysointiin paremmin kuin fenomenologia. Haastattelun teemat taas istuivat hyvin diskurssien ja suhteellisen autonomian tarkasteluun, sillä avoimien teemahaastattelujen aiheet olivat juuri sellaisia, mitä myös uusilla tutkimuskysymyksilläni tarkastelisin.

Pohdintaa tutkimusaiheesta

Sosiaalityölle on tyypillistä painottaa yhtäältä vaje- tai voimavaranäkökulmaa ja toisaalta voimavaranäkökulmaa. Erityisesti lääketieteen kontekstissa, minne myös psykiatrisen sairaalan ja siten psykiatrian sosiaalityö sijoittuvat, korostuu vaje- tai voimavaranäkökulma. Tämä on sinänsä odotettavaa, sillä lääketieteessä lähdetään liikkeelle sairaudesta eli siitä, että jotakin on vialla ja tätä tulee hoitaa. Kun vaje ymmärretään, voidaan alkaa miettimään ratkaisua tilanteeseen. Voimavaranäkökulmassa lähdetään taas kehityksellisestä aspektista. Tarkoituksena on, että yksilö saa omat voimavaransa ja resurssinsa käyttöön toteuttaakseen omia tavoitteitaan. Psykiatrisen potilaiden kohdalla tarvitaan kuitenkin molempia näkökulmia. (Spearman 2005, 45-48.) Nähdäkseni vaje- tai voimavaranäkökulman painotuksella voi olla vaikutusta myös siihen, millaiseksi potilaan itsemääräämisoikeus muotoutuu, ja millaiseksi potilaan kyvyt ja kapasiteetti arvioidaan.

Sosiaalityössä on lähtökohtaisesti vastustettu asiakkaiden oikeuksien ja vapauksien rajoittamista, koska tämä on nähty vastakohtaksi sosiaalityön ydinarvoille. Kuitenkin, sosiaalityöntekijät joutuvat tekemään interventioita asiakkaiden elämiin erityisesti silloin, kun tavoitteena on suojata asiakasta, joka ei pysty itse huolehtimaan itsestään. Jotkut ovat nähneet tämän syyksi tarkastella uudelleen paternalistista hyvän tekemistä ja tähän liittyvää suojaamisen näkökulmaa erityisesti mielenterveyspalveluiden kontekstissa. (Murdach 1996, 26; Scheyett 2009, 294-295, 301.) Holhoamista muistuttavalle paternalismille on ehdotettu imagon uudistamista muun muassa

kutsumalla sitä ”suojaamisen periaatteeksi” (esim. Mäki-Petäjä-Leinonen 2003) sekä esittelemällä maternalismin -käsite, joka korostaa ihmisen hyväksi ja eduksi toimimista tavalla, joka myös huomioi yksilön autonomian ja autonomisen toimijuuden (ks. tarkemmin luku 2.2). Donchinin mukaan (2001, 382) tarvitsemme yleisluontoisemman käsityksen autonomiasta, jossa huomioidaan potilaiden yksilöllisyys ja oma identiteetti ja myös se, että huolenpito voi helposti muuttua ylihuolehtimiseksi ja holhoavuudeksi, ellei potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioiteta asiaankuuluvasti. Tässä tutkimuksessa tarjoan vaihtoehdoksi suhteellista autonomiaa. Suhteellisen autonomian avulla voidaan tulkita paremmin terveydenhuollossa niitä tilanteita, joissa ei ole voitu toimia individualistisen itsemääräämisoikeusideaalin mukaisesti (Heidenreich ym. 2017).

Kaiken kaikkiaan paternalismilla on ikävä kaiku aikuisten ihmisten holhoamisesta. Lisäksi paternalismiin liittyy ajatus siitä, että ammattilaiset tietävät paremmin, mikä on potilaalle parhaaksi, ja erityisesti mielenterveystyössä paternalistisia käytäntöjä käytetään, jotta estettäisiin potilasta epäonnistumasta (Spearman 2005, 51-52). Toisaalta taas individualistisen itsemääräämisoikeuden toteuttaminen ei myöskään ole aina mahdollista psykiatrisen potilaan kohdalla. Joidenkin näkemysten mukaan vaihtaminen erilaisista työotteista, kuten paternalismin mukaisista toimintatavoista itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja vastavuoroisuuteen näyttää olevan käytännössä vaikeaa, sillä tämä edellyttää perspektiivin muutosta työntekijälähtöisestä päätännästä kahdenkeskiseen tasa-arvoiseen yhteistyösuhteeseen (Pelto-Piri, Engström & Engström 2013, 7). Suhteellinen autonomia haastaa kuitenkin tämän näkökulman, sillä suhteellinen autonomia lähtee liikkeelle siitä, että toimintatavoissa on läsnä myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja vastavuoroisuutta, vaikka kyseisessä tilanteessa toimittaisiinkin itsemääräämisoikeutta rajoittavasti. Tämä näkyi myös aineistossani siinä, miten sosiaalityöntekijät osallistivat, huomioivat ja kuuntelivat potilasta, vaikka samanaikaisesti sosiaalityöntekijän toimintatavassa olisikin ollut itsemääräämisoikeutta rajaavia piirteitä. Toisaalta on tärkeä huomioida myös se, että sosiaalityöntekijätkin ovat suhteellisen autonomian alaisina, sillä heidän pitää neuvotella potilaan, hoitohenkilökunnan, lääkärin ja muun viranomais- ja läheisverkoston kanssa asioiden hoitamisesta, eikä päätäntävalta ole täysin vain sosiaalityöntekijän käsissä, vaan sosiaalityöntekijänkin kohdalla tämä on tilanne- ja aihekohtaista.

Hon (2008, 204) mukaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen pitäisi olla muun muassa sosiaalisten esteiden poistamista paternalistisen suojaamisen sijasta. Tämän voisi tulkita myös sosiaalityön ytimeksi. Mielestäni kyseinen näkökulma ei kuitenkaan ole kovin yksinkertainen, sillä edellä mainittu toimintatapa ei ole aina mahdollista. Esimerkiksi tutkimusaineistossani sosiaalityöntekijän saattoivat rajata potilaan itsemääräämisoikeutta muun muassa asumisen turvaamiseksi ja taloudellisen kriisin estämiseksi. Näkemykseni mukaan edellä mainittu toiminta on

sosiaalisten esteiden poistamista. Individualistisesta itsemääräämisoikeusnäkökulmasta katsoen tilanteeseen ei saa puuttua, vaan aikuisella ihmisellä on oikeus päättää omista asioistaan. Tämän näkökulman ehdoton noudattaminen tekee sosiaalityöntekijästä lähinnä potilaan ongelmien tai tilanteen hankaloitumisen sivustakatsojan, mikäli psyykkisesti sairas potilas kieltäytyy ottamasta apua tai palveluita vastaan. Tällöin myöskään sosiaalisten esteiden poistaminen ei ole mahdollista. Joidenkin psykiatristen potilaiden kohdalla tuleekin pohdittavaksi, onko kyseessä heitteillejättö, jos tilanteeseen ei puututa. Tilanne ei siis ole lähtökohdiltaan yksinkertainen.

Juuri tämä yllä mainitsemani dilemma itsemääräämisoikeuden ideaalin noudattamisesta, ja toisaalta itsemääräämisoikeutta rajaavien toimien tarpeellisuudesta joidenkin psykiatristen potilaiden kohdalla sai minut kiinnostuneeksi tutkimaan psykiatrian sosiaalityötä itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimintatapojen kannalta. Opiskelijana ja aloittelevana sosiaalityöntekijänä olen kiinnostunut haastavista ja pohdintaa vaativista sosiaalityön käytännöissä kohdattavista tilanteista. Pohdinkin psykiatrisessa sairaalassa työskennellessäni sitä, miten sosiaalityön ideaalista poikkeaviin tilanteisiin tulisi reagoida, ja miten niissä pitäisi toimia. Yleispäteviä ohjeistuksia on lähes mahdotonta antaa sosiaalityössä, eikä tutkimukseni tarkoituksena ole myöskään ratkaista tätä kysymystä. Mielestäni sosiaalityössä ei kuitenkaan tulisi käyttää yksilö- ja tilannekohtaisuutta perusteluna sille, että haastavista tilanteista ei ole hyödyllistä käydä keskustelua ja pohdintaa sosiaalityön erilaisilla kentillä tai työyhteisöissä.

Toivon tuoneeni tutkimuksellani esille sen, että sosiaalityössä ei ole aina mahdollista toimia kaikkien, keskenään ristiriitaistenkin ammatillisten ideaalien mukaisesti, mutta asiakastyö työ voi tästä huolimatta olla eettisesti kestävä. Luvussa 3.3 esittelin Lindénin (1999, 110-111) tiivistyksen terveyssosiaalityön perusteista. Tulkintani mukaan aineistoni diskursseissa ja sosiaalityöntekijöiden suhteellisen autonomianäkökulman mukaisissa toimintatavoissa on yhteneväisyyttä niiden määritelmien kanssa, joita Lindén on eritellyt terveyssosiaalityön eettiseksi perustaksi, työn tavoitteeksi ja perustehtäväksi sekä sosiaalityöntekijän rooliksi. Siten suhteellisen autonomian mukaisissa toimintatavoissa on läsnä samoja eettisiä perustoja, työn tavoitteita ja sosiaalityöntekijän rooleja, kuin itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja individualistista ideaalia jakamattomasti noudattavissa toimintatavoissa. Haluan tutkimuksellani myös painottaa sitä, että sosiaalityöntekijöidenkin tulisi herkistyä kielenkäytölle: erilaisten diskurssien olemassaololle ja sille, mitä merkityksiä ne sisältävät, ja kuinka niiden mukaisista argumenteista tehdään uskottavia ja vakuuttavia vuorovaikutuksessa ja eri yleisöille.

7 Lähteet

- Aalberg, Veikko (1989) Psykiatrisen potilaan kohtaaminen. *Duodecim* 22(105), 1867-1871.
- Abramson, Marcia (1981) Ethical dilemmas for social workers in discharge planning. *Social Work in Health Care* 6(4), 33-42.
- Abramson, Marcy (1989) Autonomy vs. paternalistic beneficence. *Social Casework* 70, 101-105.
- Banks, Sarah (2006) *Ethics and values in social work*. 3. painos. Palgrave: Macmillian.
- Beauchamp, Tom & Childress, James (2009) *Principles of biomedical ethics*. 6. painos. New York: Oxford University Press.
- Billig, Michael (1996) *Arguing and thinking: A Rhetorical approach to social psychology*. 2. painos. Cambridge: Cambridge University press.
- Burkitt, Ian (2016) Relational agency: Relational sociology, agency and interaction. *European Journal of Social Theory* 19(3), 322-339.
- Christensen, Richard (1997) Ethical issues in community mental health: Cases and conflicts. *Community Mental Health Journal* 33(1), 5-11.
- Courtney, Merissa & Moulding, Nicole (2014) Beyond balancing competing needs: Embedding involuntary treatment within a recovery approach to mental health social work. *Australian Social Work* 67(2), 214-226.
- Davitt, Joan & Kaye, Lenard (1996) Supporting patient autonomy: Decision making in home health care. *Social Work* 41(1), 41-50.
- Deweese, Marty (2002) Contested landscape: The Role of critical dialogue for social workers in mental health practice. *Journal of Progressive Human Services* 13(1), 73-91.
- Donchin, Anne (2001) Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(4), 365-386.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2014) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2015) *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*. Teoksessa Raine Valli & Juhani Aaltola. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus, 27-44.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveys- ja sosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 64-72.
- Glaser, Brooklyn & Suter, Esther (2016) Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care* 55(5), 395-408.
- Gould, Nick (2010) *Mental health social work in context*. London: Routledge.
- Haake, Niina (2010) "Potilas kotiutumassa tänään". Erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto: Sosiaalityön tutkimuksen laitos.

- Haapanen, Pirkko (1996) Roomalaisten korkein taito. Johdanto antiikin retoriikkaan. Teoksessa Kari Palonen & Hilikka Summa (toim.) Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat. Tampere: Vastapaino, 23-50.
- Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio (2004) Hyvinvointivaltio: Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys. Tampere: Tampere university press.
- Harrikari, Timo & Rauhala, Pirkko-Liisa (2019) Towards glocal social work in the era of compressed modernity. London: Routledge.
- Heidenreich, Kaja, Bremer, Anders, Materstvedt, Lars Johan, Tidefelt, Ulf & Svantesson, Mia (2017) Relational autonomy in the care of the vulnerable: Health care professionals' reasoning in moral case deliberation (MCD). *Medicine, Health Care and Philosophy* 21(4), 467-477.
- Ho, Anita (2008) The individualist model of autonomy and the challenge of disability. *Journal of Bioethical Inquiry* 5(2), 193-207.
- Hollsten, Rita (2014) Arjen autonomiaa. Tutkimus potilaan itsemääräämisen mahdollisuuksista. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto: Sosiaalitieteiden laitos.
- Iltalehden verkkosivut (2019) ”Lönnrotinkadun yliajajan katsottiin olleen syyntakeeton mutta ymmärtäneen raajan tekonsa seuraukset: syyllistyi murhaan ja viiteen tapon yritykseen”. Katsottu 14.3.2019. <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/2acad184-3d17-4147-b7a5-b1a3472a8cf3>
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2016) Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino, 25-50.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (2016) Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino, 267-310.
- Jokinen, Arja (2016) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino, 249-265.
- Jokinen, Arja (2016) Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino, 337-368.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi, Raitakari, Suvi & Hansen Löfstrand, Cecilia (2017) Responsibilities and current welfare discourses. Teoksessa Kirsi Juhila, Suvi Raitakari & Christopher Hall (toim.) Responsibilisation at the margins of welfare services. London: Routledge, 35-56.
- Kallio, Anni (2015) ”Myö ei ihan helpolla sitten päästetä mejän hyppysistä kettään irti” – Asumisneuvojien keinot ehkäistä häättöjä ja asunnottomuuden riskiä kotikäyntityössä. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

- Kananoja, Aulikki (2017) Asiakastyön yleiset lähtökohdat sosiaalialalla. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma, 173-192.
- Kananoja, Aulikki (2017) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma, 347-356.
- Kendall, Sacha & Hugman, Richard (2016) Power/knowledge and the ethics of involuntary treatment for anorexia nervosa in context: A Social work contribution to the debate. *British Journal of Social Work* 46(3), 686-702.
- Korpela, Rauni (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 118-141.
- Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Laitinen, Jorma (1996) Tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon oikeutus moraalifilosofisessa katsannossa. Väitöskirja. Lapin yliopisto: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Launis, Veikko (2010) Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 47(2), 136-139.
- Launis, Veikko (2007) Moniarvoinen terveys. Turku: Areopagus.
- Launis, Veikko & Immaisi, Anna-Maija (1992) Eettisyys, kriittisyys ja päätöksenteko sairaalan työyhteisössä. Eettisyys nyt: KIR 34 –projekti 1990-1992. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Leiwo, Matti & Pietikäinen Sari (1996) Kieli vuorovaikutuksen ja vallankäytön välineenä. Teoksessa Kari Palonen & Hilka Summa (toim.) *Pelkkää retoriikkaa*. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat. Tampere: Vastapaino, 85-108.
- Lindén, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimiympäristössä. Helsinki: Stakes, raportteja 234.
- McDermott, F. E. (1975) Introduction. Teoksessa F.E. McDermott (toim.) *Self-determination in social work*. London: Routledge & Kegan Paul, 1-14.
- McLeod, Carolyn & Sherwin, Susan (2000) Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed. Teoksessa Catriona Mackenzie & Natalie Stoljar. *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. New York: Oxford University Press, 259-279.
- Maylea, Christopher (2017) A rejection of involuntary treatment in mental health social work. *Ethics and Social Welfare* 11(4), 336-352.
- Mendenhall, Matt (2004) Towards customized deliberations: Social work in medical care decision making. *Social Work in Mental Health* 2(4), 85-103.
- Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Ps-kustannus, 296-320.

- Moilanen, Pentti & Räihä, Pekka (2015) Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Raine Valli & Juhani Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 52-73.
- Murdach, Allison (1996) Beneficence re-examined: Protective intervention in mental health. *Social Work* 41(1), 26–31.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, Anne (2003) Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Helsinki: Suomalainen lakimiesyhdistys.
- National Association of social workers (2017) Code of ethics of the national association of social workers.
- Ojanen, Tuomas (2002) Perusoikeudet ja ihmisoikeudet Euroopan unionissa. Teoksessa Arto Haapea. Ihmisoikeudet 2000-luvulla: Sopimuksia ja asiakirjoja. Helsinki: Edita, 890-912.
- Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Palonen Kari & Summa, Hilka (1996) Johdanto: retorinen käänne? Teoksessa Kari Palonen & Hilka Summa (toim.) Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat. Tampere: Vastapaino, 7-19.
- Pelto-Piri, Veikko, Engström, Kari & Engström, Ingemar (2013) Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics* 14(49), 1-8.
- Perelman, Chaïm (1996) Retoriikan Valtakunta. Suom. Leevi Lehto. Tampere: Vastapaino, 1996.
- Pesonen, Emmi (2010) Potilaiden ja sosiaalityöntekijöiden käsityksiä potilaan itsemääräämisoikeudesta vanhuspsykiatriassa. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto: Valtiotieteellinen tiedekunta.
- Pietarinen, Juhani (1994) Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Juhani Pietarinen, Veikko Launis, Juha Räikkä, Eerik Lagerspetz, Marjo Rauhala & Markku Oksanen. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus, 15-47.
- Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Lisensiaattitutkimus. Jyväskylän yliopisto: Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Potter, Jonathan (1996) Representing reality. Discourse, rhetoric and social construction. London: Sage.
- Pullman, Daryl & Hodgkinson, Kathleen (2016) The curious case of the De-ICD: negotiating the dynamics of autonomy and paternalism in complex clinical relationships. *The American Journal of Bioethics* 16(8), 3-10.
- Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Riihinen, Olavi (2002) Kyvyt, hyvinvointiteoria ja yhteiskunnalliset jaot. Teoksessa Timo Piirainen & Juho Saari (toim.) Yhteiskunnalliset Jaot - 1990-luvun Perintö? Helsinki: Gaudeamus, 179-203.

Rostila, Ilmari (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rothman, Jack, Smith, Wendy, Nakashima, John, Paterson, Mary Anne & Mustin, Jean (1996) Client self-determination and professional intervention: Striking a balance. *Social Work* 41(4), 396–405.

Ryan, Martin, Healy, Bill & Renouf, Noel (2004) Doing it well: An empirical study of expertise in mental health social work. Teoksessa Anna Metteri, Teppo Kröger, Anneli Pohjola & Pirkko-Liisa Rauhala. *Social work approaches in health and mental health from around the globe*. Binghamton, N.Y.: Haworth social work practice press, 21- 37.

Saarenpää, Ahti (2003) Henkilö- ja persoonallisuus oikeus. Teoksessa Risto Haavisto, Rauno Halttunen, Kirsi Kuusikko, Pertti Eilavaara, Maurice Andem, Juha Pöyhönen & Ahti Saarenpää. *Oikeusjärjestys 2000: Osa 3. 2. täydennöspainos*. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 299-390.

Sandman, Lars & Munthe, Christian (2010) Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Analysis* 18(1), 60-84.

Sasson, Sassy (2000) Beneficence versus respect for autonomy: An ethical dilemma in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work* 33(1), 5-16.

Sawyer, Anne-Maree (2009) Mental health workers negotiating risk on the frontline. *Australian Social Work* 62(4), 441-459.

Scheyett, Anna, Mimi, Kim, Swanson, Jeffrey, Swartz, Marvin, Elbogen, Eric, Van Dorn, Richard & Ferron, Joelle (2009) Autonomy and the use of directive intervention in the treatment of individuals with serious mental illnesses: A Survey of social work practitioners. *Social Work in Mental Health* 7(4), 283-306.

Silvennoinen, Nina (2011) Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisessa sosiaalityössä. *Sosiaalityön pro gradu –tutkielma*. Itä-Suomen yliopisto: Yhteiskuntatieteiden laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Itsemääräämisoikeuslaki (8.1.2015) Katsottu 4.11.2017. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeuslaki

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Itsemääräämisoikeuslainsäädännön valmistelu jatkuu tänä syksynä (21.9.2016) Katsottu 4.11.2017. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeuslainsaadannon-valmistelu-jatkuu-tana-syksyna

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Uudella lainsäädännöllä halutaan vahvistaa ihmisten itsemääräämisoikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (25.4.2018) Katsottu 29.8.2018. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uudella-lainsaadannolla-halutaan-vahvistaa-ihmisten-itsemaaraamisoikeutta-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palveluissa

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle (6.7.2018). Katsottu 29.8.2018. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeutta-sekamielenterveys-ja-paihdepalveluja-koskeva-laaja-lakipaketti-lausunnolle

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Asiakas- ja potilaslaki. Hankkeen eteneminen (2018) Katsottu 29.3.2019 <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2018>

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Itsemääräämisoikeutta vahvistavan lakikokonaisuuden valmistelu jatkuu – asiakas- ja potilaslaki ei ehdi eduskuntaan tällä hallituskaudella (11.10.2018) Katsottu 29.3.2019. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeutta-vahvistavan-lakikokonaisuuden-valmistelu-jatkuu-asiakas-ja-potilaslaki-ei-ehdi-eduskuntaan-talla-hallituskaudella

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry (2017) Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet.

Spearman, Len (2005) A Developmental approach to social work practice in mental health: building on strengths. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments and Actions, 45-64.

Specker Sullivan, Laura & Niker, Fay (2018.) Relational autonomy, paternalism, and maternalism. Ethical Theory and Moral Practice 21(3), 649-67.

Spicker, Paul (2013) Reclaiming individualism: perspectives on public policy. Bristol: The policy press.

Stuart, Paul (2004) Individualization and prevention: Richard C. Cabot and early medical social work. Teoksessa Anna Metteri, Teppo Kröger, Anneli Pohjola & Pirkko-Liisa Rauhala. Social work approaches in health and mental health from around the globe. Binghamton, N.Y.: Haworth social work practice press, 7-20.

Suomen Potilasliitto ry:n verkkosivut. Katsottu 29.10.2017. <http://www.potilasliitto.eu/index.php>

Sulkunen, Pekka (1990) Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 264-285.

Summa, Hilikka (1996) Kolme näkökulmaa uuteen retoriikkaan. Burke, Perelman, Toulmin ja retoriikan kunnianpalautus. Teoksessa Kari Palonen & Hilikka Summa (toim.). Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat. Tampere: Vastapaino, 51-83.

Suoninen, Eero (2016) Kielenkäytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino, 51-73.

Taylor, Melissa & Bentley, Kia (2005) Professional dissonance: Colliding values and job tasks in mental health practice. Community Mental Health Journal 41(4), 469–480.

Taylor, Melissa (2006) Social workers and involuntary treatment in mental health. Advances in Social Work 7(2), 180–191.

Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n verkkosivut. Katsottu 18.12.2018.

<https://www.talentia.fi/terveys- ja sosiaalityontekijat/terveys- ja sosiaalityontekijat-ry/esimerkkisivu/>

Tiitula, Liisa & Ruusuvaori, Johanna (2005) Johdanto. Teoksessa Johanna Ruusuvaori & Liisa Tiitula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9-21

Toivanen, Päivi (toim.) (2008) Lissabonin sopimus: Miten uudistussopimus muuttaa Euroopan unionia? Helsinki: Eurooppa-tiedotus, ulkoasiainministeriö, 123/2008.

Tornberg, Johanna (2012) Edunvalvonta, itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen laatu. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Välimäki, Maritta (1998) Self-determination in psychiatric patients. Väitöskirja. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Walter, Jennifer & Ross, Lainie (2014) Relational autonomy: Moving beyond the limits of isolated individualism. Pediatrics 133 (issue supplement 1), 16-23.

Williams, Geoffrey (2002) Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Teoksessa Edward Deci & Richard Ryan. Handbook of self-determination research. Rochester (NY): The University of Rochester press, 233-254.

Wu, Hui-Ching, Tang, I-Chang, Lin, Wan-I Lin & Chang, Li-Hsing (2013) Professional values and attitude of psychiatric social workers toward involuntary hospitalization of psychiatric patients. Journal of Social Work 13(4), 419-434.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) verkkosivut. Katsottu 1.11.2017. <http://etene.fi/toiminta>

Valtonen, Anu (2005) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiitula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 223-241

Ylen verkkosivut (2013) ”Valvira: sosiaalialan yksiköissä lainvastaisia rajoituksia – itsemääräämisoikeus vaarassa”. Katsottu 14.3.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-6619638>

Lait ja asetukset

Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta. 6/1976.

Euroopan ihmisoikeussopimus. Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi. 63/1999.

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Mielenterveyslaki 1116/1990

Liitteet

Lähetin sähköpostitse 18.4.2018 yksikön johtavalle sosiaalityöntekijälle haastattelukutsun, jonka liitetiedostona oli tutkimustiedote, suostumuslomake sekä haastattelun teemat. Johtava sosiaalityöntekijä välitti kutsun eteenpäin sosiaalityöntekijöille. Alla liitteenä tiedote tutkimuksesta, haastattelun teemoista ja suostumuslomake. Sain yksikön johtavalta sosiaalityöntekijältä organisaation valmiin mallipohjan tutkimustiedotteesta ja suostumuslomakkeesta, mihin muokkasin oman tutkimukseni tiedot.

Liite 1. TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

11.1.2018

Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajoittamisen eettinen dilemma sosiaalityöntekijän työkokemuksena

Pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan tähän sosiaalityön pro gradu -tutkimukseen, jossa tutkitaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta sairaalahoidon aikana. Tarkoituksena on tavoittaa sitä eettistä dilemmaa, jota itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja rajoittaminen mahdollisesti tuottavat sairaalan sosiaalityössä. Keskityn tutkimuksessani tarkastelemaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä eettisiä dilemmoja siten, kun ne tulevat puhutuiksi sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa. Perekdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on luoda jäsentynyt kuva sosiaalityöntekijöiden kohtaamista jännitteistä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen välillä, ja siten lisätä ymmärrystä itsemääräämisoikeudesta ilmiönä ja sosiaalityön yhtenä eettisenä lähtökohtana. Tutkimus perustuu kokemuksen tutkimiseen eli analyysi kohdistuu nimenomaan sosiaalityöntekijöiden työkokemukseen perustuviin pohdintoihin itsemääräämisoikeuden sisällöistä ja niiden huomioonottamisesta erityisesti erilaisissa potilasta koskevissa päätöksentekotilanteissa.

Tutkimuksen kulku

Tutkimusta varten on haettu tutkimuslupa (paikan nimi).

Tutkija kerää aineiston ryhmähaastattelulla haastateltaville ja tutkijalle sopivana ajankohtana. Alustavasti olen miettinyt joko loppukevättä 2018 tai alkusyksyä 2018. Ryhmähaastattelut tullaan jakamaan kahteen eri ryhmään, mikäli osallistujia on enemmän kuin 5. Jokainen haastateltava osallistuu vain yhteen ryhmähaastattelukertaan. Yhden ryhmähaastattelun arvioitu kesto on enintään 2 tuntia. Haastattelut perustuvat teemoihin, jotka lähetetään tutkimukseen osallistujille etukäteen ennen haastattelun tekemistä. Teemat käsittelevät käytännön työssä kohdattavia potilas-

ja päätöksentekotilanteita, joissa on ollut läsnä pohdinnat itsemääräämisoikeudesta. Teemoilla yritän saada esiin niitä mahdollisia eettisiä dilemmoja, mitä itsemääräämisoikeutta koskevat tilanteet ovat aiheuttaneet.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumalla voit antaa oman panokseksi sosiaalityön tutkimukselle ja osallistua sosiaalityössä, ja laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollossa, käytävään keskusteluun potilaan itsemääräämisoikeudesta. Tutkimusta ei pysty toteuttamaan ilman haastateltavia, joten tutkimukseen osallistuminen on ratkaisevaa oman pro gradu -työni eteenpäin viemisen ja valmistumisen kannalta. Osallistumalla tutkimukseeni pystyt osaltasi mahdollistamaan pro gradu -työni valmistumisen.

Tutkimuksessa riskinä on, että osallistujat ajattelevat tulevansa tutkimuksessa arvostetuiksi sosiaalityöntekijöinä, eivätkä halua tämän vuoksi osallistua tutkimukseen. Tämä voi johtaa siihen, ettei osallistujia ole riittävästi. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään, miltä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen välinen dilemma näyttäytyy haastateltavien puhutuissa kokemuksissa. Tutkimuksen tarkoituksena ei siis ole arvioida kokemusten tai dilemman ratkaisutapojen oikeellisuutta.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkija tallentaa haastattelut äänitallenteina, jotka litteroidaan analyysivaiheessa tekstiksi. Äänitallenteita käsittelee vain tutkija. Litteraatioista anonymisoidaan tunnistetiedot henkilöiden yksityisyyden suojaamiseksi. Äänitallennetta ja litteraatiota säilytetään salasanan takana tutkijan tietokoneella, ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Valmiista pro gradu -tutkielmasta ei ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä, eikä myöskään tuoda esille, missä yksikössä tutkimus on toteutettu.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Pro gradu -tutkielma tulee olemaan luettavissa sen valmistuttua verkossa Tampereen yliopiston avoimessa julkaisuarkistossa TamPubissa. Verkko-osoite liitetään tiedotteeseen tutkimustuloksista. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua vuoden 2019 aikana.

Vakuutukset ja korvaukset

Tutkittavat on vakuutettu (sairaalan nimi) työntekijöinä ja tutkimus tapahtuu sairaalassa.

Lisätiedot

Kysymyksiä tutkimuksesta voi esittää Sonja Niemelle ja (yksikön johtavan sosiaalityöntekijän nimi), yhteystiedot alla.

Tutkijoiden yhteystiedot

Sonja Niemi

Sosiaalityön opiskelija Tampereen yliopisto

(sähköpostiosoite)

Yksikön johtavan sosiaalityöntekijän yhteystiedot

Liite 2. HAASTATTELUN TEEMAT

Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeudesta omien työkokemuksiensa perusteella. Yritän tutkimuksellani tavoittaa eettistä dilemmaa, jota itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen välinen rajakäynti voi tuottaa. Haastattelussa keskitytään siis työntekijöiden omiin kokemuksiin, eikä oikeiden ja väärin vastauksien tai faktojen etsimiseen.

Kyseessä on avoin haastattelu. Tarkoituksena on käydä mahdollisimman avointa ja rentoa keskustelua aiheesta. Olen jakanut haastattelun neljään pääteemaan, jotka ohjaavat keskustelun kulkua. Avoimen haastattelun ominaispiirteiden mukaisesti keskustelua ei ohjata tarkoilla kysymyksillä, vaan annan haastateltavien omalle äänelle tilaa, ja mahdollisuuden sille, että keskustelu vie sinne, mistä haastateltavat haluavat aiheesta puhua. Konkreettisten esimerkkien esittäminen omista kokemuksistaan on suotavaa. Huolehdin siitä, ettei mitään tunnistetietoja jää tutkimusmateriaaliini, eli esimerkeistä anonymisoidaan sellaiset tiedot, josta potilaan voisi mahdollisesti tunnistaa.

Olen laatinut itselleni joitakin tarkentavia kysymyksiä teemoista siltä varalta, jos haastateltavat tarvitsevat ohjausta keskustelun aloittamisessa/eteenpäin viemisessä. Haastattelun alussa kerään haastateltavien taustatietoja (ikä, sukupuoli, työpiste, työkokemus) aineiston luokittelua varten. Seuraavaksi esittelen haastatteluni teemat.

Teema 1. Itsemääräämisoikeus käsitteenä.

Tässä tarkoitus kuulla haastateltavien kuvauksia esimerkiksi siitä, mitä potilaan itsemääräämisoikeus heille merkitsee, ja millaisena he näkevät psykiatrisen potilaan, joka käyttää itsemääräämisoikeuttaan.

Teema 2. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Toivoisin keskustelua siitä, mitä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa haastateltaville, ja mitä tämä voi käytännössä olla heidän työssään sosiaalityöntekijöinä psykiatrisessa sairaalassa. Toivon, että haastateltavat esittävät esimerkkitilanteita omien kokemustensa perusteella.

Teema 3. Itsemääräämisoikeuden rajaaminen.

Samoin kuin edellisessä teemassa, eli keskustelua siitä, mitä itsemääräämisoikeuden rajaaminen tarkoittaa haastateltaville, ja mitä tämä voi heidän käytännön työssään olla. Toivon, että haastateltavat esittävät esimerkkitilanteita omien kokemustensa perusteella.

Teema 4. Eettinen dilemma itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen rajakäynnissä.

Toivoisin keskustelua siitä, ovatko haastateltavat kokeneet työssään tilanteita, joissa ovat joutuneet pohtimaan pitäisikö potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaa vai rajata. Toivon, että haastateltavat esittävät esimerkkitilanteita omien kokemustensa perusteella.

Keskustelun lopuksi tarjoan haastateltaville mahdollisuuden "vapaaseen sanaan".

Liite 3. SUOSTUMUSLOMAKE

TUTKIMUKSEN NIMI

Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajaamisen eettinen dilemma sosiaalityöntekijän työkokemuksena

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

(Paikka) _____.2018

(Paikka) _____.2018

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys